FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Joaquim Antonio Monteiro da Silva

1883

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE OBSTETRICIA

Amputação utero-ovarica

PROPOSIÇÕES

Cadeira de pharmacia — Das quinas chimico-pharmacologicamente consideradas

Cadeira de clinica cirurgica—Da Ischemia cirurgica e de sua influencia sobre o resultado das operações cirurgicas

Cadeira de materia medica e therapeutica — Acção physiologica e therapeutica do salicylato de soda

THESE

APRESENTADA

A' FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 20 DE SETEMBRO DE 1883

E PERANTE ELLA SUSTENTADA A 13 DE DEZEMBRO DO MESMO ANNO

POR

Joaquim Antonio Monteiro da Silva

Doutor em medicina pela mesma Faculdade, ex-interno da Casa de Saúde dos Drs. Catta-Preta, Marinho e Werneck, ex-interno do Hospital de Marinha da Corte.

NATURAL DE MINAS GERAES

RIO DE JANEIRO

Typ. CENTRAL, de Evaristo Rodrigues da Costa

7 TRAVESSA DO OUVIDOR 7

1883

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. VICENTE CANDIDO FIGUEIRA DE SABOIA

VICE-DIRECTOR

CONSELHEIRO ANTONIO CORREIA DE SOUZA COSTA

SECRETARIO

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES

LENTES CATHEDRATICOS

Drs. :

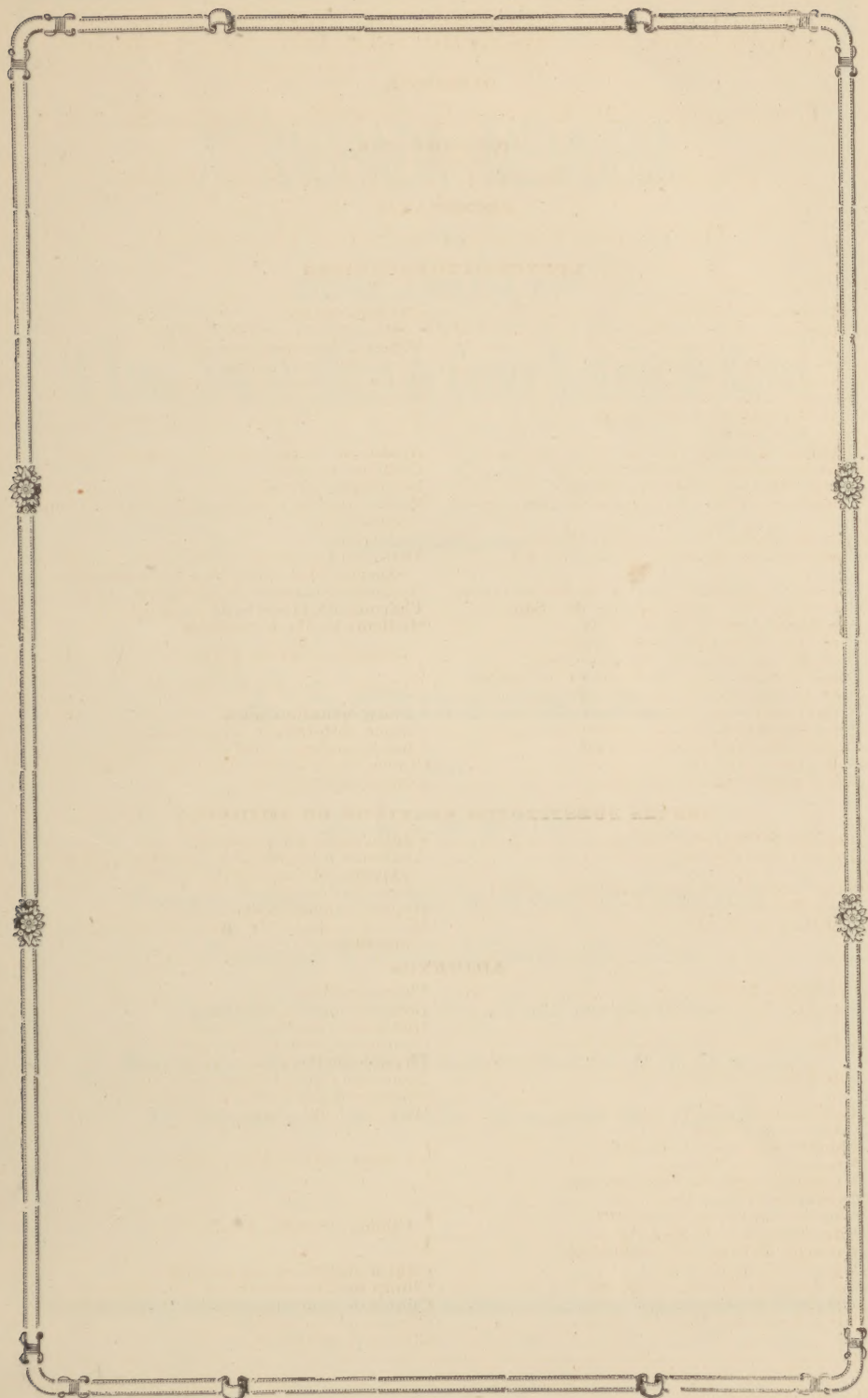
João Martins Teixeira	Physica medica.
Conselheiro Manoel Maria de Moraes e Valle	Chimica medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães	Anatomia descriptiva.
Conselheiro Barão de Maceió	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire Junior	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Albino Rodrigues de Alvarenga	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior. (PRES.)	Obstetricia.
Claudio Velho da Motta Maia. (EXAM.)	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia
Conselheiro Antonio Correia de Souza Costa	Hygiene e historia da medicina.
Conselheiro Ezequiel Correia dos Santos	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal e toxicologia.
Cons. João Vicente Torres Homem Domingos de Almeida Martins Costa	Clinica medica de adultos.
Cons. Vicente Candido Figueira de Saboia João da Costa Lima e Castro. (EXAM.)	Clinica cirurgica de adultos.
Hilario Soares de Gouveia	Clinica ophtalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro. (EXAM.)	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica.

LENTES SUBSTITUTOS SERVINDO DE ADJUNTOS

Augusto Ferreira dos Santos	Clinica medica e mineralogia.
Antonio Caetano de Almeida	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro. (EXAM.)	Anatomia descriptiva.
Nuno Ferreira de Andrade	Hygiene e historia da medicina.
José Benicio de Abreu	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.

ADJUNTOS

José Maria Teixeira	Phisica medica.
Francisco Ribeiro de Mendonça	Botanica medica e zoologia.
...	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
...	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia e physiologia pathologicas.
...	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladislau de Souza Lopes	Medicina legal e toxicologia.
Francisco de Castro Eduardo Augusto de Menezes Bernardo Alves Pereira Barlos Rodrigues de Vasconcellos	Clinica medica de adultos.
Ernesto de Freitas Crissiuma Francisco de Paula Valladares Pedro Severiano de Magalhães Domingos de Góes e Vasconcellos	Clinica cirurgica de adultos.
Pedro Paulo de Carvalho	Clinica obstetrica e gynecologica.
José Joaquim Pereira de Souza	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves de Faria	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Carlos Amazonio Ferreira Penna	Clinica ophthalmologica.
...	Clinica psychiatrica.

N. B.— A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

A' SAGRADA MEMORIA

DE

MINHA ADORADA AVÓ

A Exma. Sra. D. Maria do Carmo Monteiro de Barros

A' MEMORIA

DOS

Meus Tios e Tias

Tenente-coronel José Maria Manso da Costa Reis

Francisco de Paula Monteiro da Silva

Capitão João Ferreira Monteiro da Silva

D. Maria da Purificação Monteiro Galvão de S. Martinho

D. Francisca de Paula Monteiro de Castro

*

Ao meu venerando Tio e verdadeiro amigo

O ILLM. SR. DR.

Antonio Xavier Monteiro da Silva

Se a gratidão é um dever sagrado, em semelhante divida me acho empenhado para com meu bom tio.

Os salutares conselhos, assim como as animosas e consoladoras palavras que me tem prodigalisado, a amizade santa e desinteressada com que me educou fazendo ás vezes de um extremoso pai, os desvélos e attenções consagrados a minha familia, bem sei eu que não se pagam com estes pobres fructos do meu trabalho. Nem eu me atrevo a imaginar sequer, que poderei jámais pagar-lhe o que lhe devo, mas — em signal de reconhecimento, profundo respeito e sincera amizade —, e não á conta de divida, digne-se acceitar este meu insignificantissimo trabalho.

A' minha adorada e veneranda Mãi

A EXMA. SRA.

D. Maria da Purificação Monteiro da Silva

Como penhor de sincera gratidão e do mais profundo respeito vos consagro os primeiros fructos do meu trabalho, que foram regados por vossas lagrimas e sanctificados por vossos sacrificios.

A gloria que acabo de colher pertence principalmente á vós.

A' minha querida Irmã

A EXMA. SRA.

D. MARIA DA CONCEIÇÃO MONTEIRO DA SILVA

Ao meu cunhado e verdadeiro amigo

O ILLM. SR.

DR. JOÃO BAPTISTA MONTEIRO DA SILVA

A' meu sabio mestre e verdadeiro amigo

O EXM. SR. CONSELHEIRO

DR. LUCAS ANTONIO DE OLIVEIRA CATTA PRETA

E á sua Exma. familia

Aos meus bons amigos e parentes

OS ILLMS. SRS.

PADRE FRANCISCO FERREIRA MONTEIRO DE BARROS
MANOEL JOSÉ MONTEIRO DE REZENDE
BARÃO DE AVELLAR REZENDE
DR. GABRIEL DE PAULA ALMEIDA MAGALHÃES
DR. AMERICO LOBO LEITE PEREIRA
GERVASIO ANTONIO MONTEIRO DE CASTRO
CORONEL JOSÉ JOAQUIM MONTEIRO DE CASTRO
SABINO ANTONIO DE LEMOS
MAJOR AGOSTINHO FORTUNATO MONTEIRO DA SILVA
DR. MANOEL JOSÉ MONTEIRO DA SILVA

E á suas Exmas. familias

Aos meus Tios

OS ILLMS. SRS.

Manoel José Monteiro da Silva
José Augusto Monteiro da Silva
Capitão Luiz Lobo Leite Pereira
Marcos Monteiro da Silva

E Á SUAS EXMAS. FAMILIAS

A's minhas Tias

AS EXMAS. SRAS.

D. FRANCISCA DE ASSIS MONTEIRO GALVÃO DE S. MARTINHO

D. ELISA JOSEPHINA DE CASTRO MONTEIRO

E A' SUAS EXMAS. FAMILIAS

A' meus particulares amigos

Os Illms. Srs.

DR. JOSÉ CESARIO DE MIRANDA MONTEIRO DA SILVA

DR. JOÃO NOGUEIRA PENIDO FILHO

ANTONIO IGNACIO MONTEIRO GALVÃO DE S. MARTINHO

E Á SUAS EXMAS. FAMILIAS

Ao meu bom amigo

O EXM. SR.

MAJOR PEDRO FERREIRA DE OLIVEIRA AMORIM

E A' SUA EXMA. FAMILIA

AOS MEUS MESTRES E AMIGOS

Os Exms. Srs.

DR. FRANCISCO FURQUIM WERNECK DE ALMEIDA

DR. JOÃO NOGUEIRA PENIDO

DR. JOÃO MARINHO DE AZEVEDO

DR. PEDRO PAULO DE CARVALHO

E Á SUAS EXMAS. FAMILIAS

Aos meus Primos e Primas

AOS MEUS AMIGOS

Os Illms. Srs.

DR. FELICIANO DUARTE PENIDO

DR. ANTONIO NOGUEIRA PENIDO

COMMENDADOR HENRIQUE EDUARDO NASCENTES PINTO

DR. FELICIANO LIMA DUARTE

DR. ANTONIO MARIA TEIXEIRA

JOSÉ THEODORO DO NASCIMENTO

ANGELO LOPES DOS REIS

ANTONIO NICOLÁO DA SILVA JUNIOR

A MEUS COLLEGAS E AMIGOS

OS ILLMS. SRS.

DR. MIGUEL RODRIGUES PEREIRA
DR. JOSÉ CUPERTINO GONÇALVES FONTES
DR. ALBERTO DINIZ JUNQUEIRA
DR. FERNANDO CESAR DE LEMOS
DR. LUIZ DE SOUZA BRANDÃO
DR. BERNARDO CANDIDO MASCARENHAS
DR. JOSÉ ADOLPHO RODRIGUES FERREIRA
DR. JOSÉ JOAQUIM MONTEIRO DE CASTRO
PHARMACEUTICO LUIZ LOBO LEITE PEREIRA
DR. ANTONIO DE ALMEIDA MELLO
DR. MATHEUS HERCULANO MONTEIRO NOGUEIRA DA GAMA
DR. JOSÉ JOAQUIM MONTEIRO BASTOS
DR. JOSÉ JOAQUIM MONTEIRO LEMOS

AOS MEUS COMPANHEIROS DE CASÁ DE SAUDE

ÁS PESSOAS QUE ME ESTIMÃO

A' MEMORIA

DOS

Meus amigos e collegas

FRANCISCO IGNACIO DA SILVA PINTO
JOAQUIM FLORIANO NOVAES DE CAMARGO
JOÃQUIM PINHEIRO TAVARES WERNECK

Aos doutorandos de 1884

DISSERTAÇÃO

DISSERTAÇÃO

Amputação utero-ovarica

CAPITULO I

Historico

A vista dos resultados deploraveis fornecidos pela operação cesareana, praticada nos hospitaes e maternidades das grandes cidades, os parteiros foram levados á indagar se não haveria um meio de substituir a hysterotomatokia por uma outra operação que offerecesse mais probabilidades de successo. D'ahi nasceu a operação de Sigault, a symphiseotomia.

Depois de longas e renhidas discussões entre os partidarios da symphiseotomia e da operação cesareana, a palma da victoria coube á esta, que então reinava soberana. Em 1827 appareceu a cephalotripsia, inventada por Beaudelocque Sobrinho. Desde então os parteiros procuram convergir os seus esforços para o aperfeiçoamento da embryotomia.

Porém, eis que de novo se pratíca a operação cesareana nas grandes cidades e maternidades; os casos se accumulam vertiginosamente e grande numero de mulheres sobrevivem. Não se trata mais da operação cesareana simples, os parteiros fazem-na seguir da amputação do utero e ovarios.

* * *

Não foi o professor E. Porro o inventor do methodo que traz o seu nome; elle não pede este titulo e contenta-se com a gloria indiscutivel de o ter posto em voga, ter aperfeiçoado e tornado classico um processo de physiologia experimental, empregado desde muito tempo sobre femeas de animaes e que tinha mostrado que a operação cesareana era mais grave que a resecção do utero, depois da ligadura da vagina ou do collo. O Dr. Cavallini, em 1769, praticou a ablação do utero, depois da hysterotomia abdominal, em animaes em estado de gestação e pensava que este methodo operatorio seria seguido e adoptado como regra geral de conducta na mulher.

Mais tarde o professor Jac. Blundell, de Londres, em uma lição feita aos estudantes do *Guy's Hospital* repetia as experiencias de Cavallini, depois de ter avisado a Sociedade Medico-Cirurgica de Londres em uma Memoria publicada em 1823.

De 1824 a 1828, Blundell continuou suas vivisecções e notou que quasi todas as femeas de porcos da India morriam quando se empregava a secção cesareana, ao passo que tres sobre quatro eram salvas quando se empregava a resecção do utero. Então elle se elevou contra o velho methodo e reclamou para a pratica ingleza, porém em vão, a extirpação do utero, e não teve senão a satisfação platonica de ver suas idéas approvadas em outros paizes.

Geser, em 1862 e, mais tarde, Fogliata, da Universidade de Paris, em 1874, obtiveram resultados analagos aos annunciados por Blundell. No mesmo anno o professor E. Porro, da Universidade de Pavia, tirava o utero de alguns animaes com bom resultado. Ultimamente o Dr. G. Rein, professor livre de gynecologia, em S. Petersburg, em uma carta dirigida ao professor Pinard a proposito de sua monographia sobre a operação de Porro, diz que antes da Memoria do professor E. Porro, já elle

tinha apresentado á Sociedade dos Medicos Russos, de S. Petersbourg, um relatorio detalhado tendo por titulo — *Da substituição da operação cesareana pela excisão do utero gravido.* Este trabalho era dividido em tres partes: 1ª, resultado de treze experiencias feitas sobre gatas e lebres prenhes; 2ª, descripção do processo operatorio applicado á mulher, que é dividido em cinco tempos; 3ª, exposição das vantagens do methodo novo.

A questão da amputação utero-ovarica tinha feito pouco progresso; estava-se reduzido á considerações theoricas e ensaios sobre animaes. É verdade que esta operação já tinha sido praticada por um cirurgião americano, Horace Storer, de Boston, porém em circumstancias dignas de serem lembradas, e que nos mostram claramente que não foi de plano deliberado.

A 21 de Julho de 1868, fazia elle a gastrotomia em uma mulher gravida com o fim de tirar um tumor fibroso que tornava o parto impossivel pelas vias naturaes. Detido logo no começo de sua operação por uma hemorrhagia formidavel, elle decidio-se a abrir o utero e extrahir o feto com seus annexos; continuando, depois, a hemorrhagia, elle attrahio para fóra do ventre o utero e os seus annexos, collocou uma ligadura no ponto de juncção do corpo com o collo, e excisou o utero, as trompas e os ovarios. Tres dias depois, a mulher estava morta.

O insuccesso desta operação fez com que ella fosse julgada impossivel e cahisse no esquecimento. O professor E. Porro, que, como já vimos, praticára a amputação do utero gravido em animaes, promettêra applicar o mesmo processo na mulher, quando occasião opportuna se lhe deparasse.

Esta não se fez esperar, e a 21 de Maio de 1876 foi operada na clinica obstetrica de Pavia a mulher Julia Covallini, de 25 annos de idade e de constituição rachitica. O diametro antero-posterior da bacia medía quatro centimetros. O professor Porro, diante de grande numero de collegas, praticou primeiro a operação cesareana, extrahio um menino vivo e excisou em seguida o utero e ovarios.

Quarenta dias depois desta operação, a mulher sahia do hospital completamente curada. Assim em uma grande cidade, em Pavia, em uma maternidade onde reinava a infecção puerperal, tendo ao lado casos de gangrena, Porro consegue salvar a mãi e o féto! Foi, pois, de proposito deliberado que Porro praticou esta operação, não tendo mesmo conhecimento do caso de Storer.

O esplendido resultado alcançado por esta ousada operação, repercutio por todo o mundo scientifico. Ella foi logo repetida com resultados variaveis na Italia, Allemanha, França, etc., e no Rio de Janeiro pelo professor Feijó Junior e Dr. Werneck. Ao mesmo tempo os operadores procuraram modificar o processo, que afinal quasi se conserva o mesmo. As amputações utero-ovaricas tem-se augmentado de uma maneira incrivel, e, cada dia, novos casos vêm-se juntar aos já numerosos. Assim:

Imbert de la Touche....	em	1878.......	cita	6	casos
Castro Soffia...........	,,	1879.......	,,	32	,,
Pinard..............	,,	1880.......	,,	38	,,
Harris................	,,	1880.......	,,	50	,,
Levis.................	,,	1880.......	,,	51	,,
Zwifel.................	,,	1881.......	,,	74	,,
H. Simpson............	,,	1881.......	,,	76	,,
Petit..................	,,	1882.......	,,	78	,,
Charpentier............	,,	1882.......	,,	105	,,
O autor...............	,,	1883.......	,,	116	,,

Por este simples esboço vê-se quanto o numero das operações de Porro têm-se augmentado, e isto nos faz acreditar que ella tenha entrado no verdadeiro dominio da cirurgia obstetrica. Comtudo, parece que nestes ultimos tempos os partidarios desta operação tem descrido dos seus resultados e acham-se dispostos a voltar á operação cesarea simples, cercada, porém, de todo o listrismo. É o que procuraremos mostrar no correr deste trabalho.

CAPITULO II

Indicações

Pinard apresenta as seguintes indicações:

1.ª Quando a bacia não permitte praticar a embryotomia, isto é, quando o estreitamento é tal que não consente a passagem dos instrumentos. Neste caso ha acôrdo unanime em intervir-se, quer o féto esteja morto, quer esteja vivo.

2.ª Quando a bacia permitte praticar a embryotomia, porém mede menos de 7 centimetros. Aqui podem apresentar-se dois casos: ou o féto está morto, ou está vivo.

Se está morto, sendo o resultado das estatisticas conhecidas a favor da embryotomia, deve-se preferir esta á operação de Porro, tanto mais que deixando-se os orgãos da maternidade, póde-se reservar sua ablação para uma prenhez ulterior com féto vivo e a termo.

Esta maneira de vêr, diz Pinard, poderá ser discutida para as bacias de 4 a 5 centimetros, porém nós a acreditamos racional para as bacias de 5 a 7 centimetros.

Se o féto está vivo, póde-se hesitar entre a operação de Porro e a embryotomia, visto que ha pequena differença nos resultados fornecidos pelas duas operações, no ponto de vista de successo para a mãi. Todavia, Pinard faz notar "que se não conhece o grão exacto de estreitamento e da conformação da fileira pelviana, o peso do féto, etc., e que o estreitamento bem que dominando a scena, não é o unico factor que póde fazer variar as probabilidades de successo ou insuccesso." Além disto a cephalotripsia é uma operação sempre difficil e accidental, e cuja pratica exige conhecimentos especiaes.

Com a operação de Porro, ao contrario, qualquer que seja a angustia da bacia, qualquer que seja a attitude do féto no utero, a operação não varía e o traumatismo querido é limitado, por assim dizer, ao gosto do operador; só o terreno sobre que se opéra póde influenciar, e se elle não póde ser preparado e melhorado, póde ao menos ser sempre conhecido.

3ª. A bacia tem 7 centimetros e mais.

Neste caso, diz Pinard, a operação de Porro deve ser regeitada, quer o féto esteja morto, quer esteja vivo.

Com effeito, em bacias destas dimensões a embryotomia faz a mulher correr perigos muito menores, que nos estreitamentos extremos. Se se opéra a termo e bem, estando a mulher collocada em um meio são, a cura deve ser a regra. Póde-se e deve-se nestas bacias praticar o parto prematuro com esperança legitima de obter fétos viaveis.

Em bacias de 7 centimetros justos, não se tendo conseguido o nascimento de um féto vivo depois de muitos partos prematuros, o parteiro poderia, *talvez*, deixar uma nova gestação chegar a termo e, então praticar a amputação utero-ovarica. Esta maneira de vêr é adoptada por Pinard e por muitos outros parteiros.

Depois de termos fallado a respeito dos estreitamentos absolutos, vejamos o que se passa nos estreitamentos relativos, isto é, nos casos em que a fileira pelviana é obstruida por tumores de visinhança.

A indicação é simples:

Quando, diz Pinard, se reconhece que o tumor é evidentemente de uma natureza maligna, como no cancro do utero, quando, demais, o féto estiver vivo e viavel, dever-se-ha emprehender a operação que dá mais probabilidade de successo ao féto.

A operação de Porro é perfeitamente indicada neste caso, por isso que a vida da mulher já estando compromettida pelo estado morbido, só nos deve preoccupar a salvação da creança

Esta opinião é corroborada por Sänger, que dá como uma das indicações para a amputação utero-ovarica "a supposta infecção do corpo do utero", e por Schlemmer (que é muito mesquinho nas indicações), na "degenerescencia dos tecidos molles, que conduziria á morte." A respeito dos tumores fibrosos, quasi se póde dizer o mesmo que ficou dito para os tumores malignos, visto os deploraveis resultados fornecidos pela operação cesareana simples praticada nestes casos. São estas as indicações apresentadas por Pinard e reproduzidas por quasi todos que têm escripto sobre este assumpto.

Sänger, limitando-as muito, dá as seguintes:

1.ª Quando a *drainage* pelo canal natural é difficil ou impossivel, como nos casos de stenose ou atrezia da vagina, ou quando ella é comprimida por um tumor assestado a seu lado. Mesmo assim esta indicação não é absoluta, visto que a *drainage* utero-ventral tem sido empregada com exito por Wallerstein e Richmond, de Newton.

2.ª Prenhez no caso de utero bi-corno, quando um dos cornos se acha obstruido.

Neste caso não se trata da verdadeira operação de Porro, visto que as outras partes são conservadas.

3.ª A supposta infecção do corpo do utero.

4.ª *Talvez* em casos de ostromalacia grave e geral.

Neste caso, Pinard pensa que se deve intervir sempre, porque tendo a gestação uma influencia má sobre a marcha desta molestia, a suppressão de uma prenhez ulterior collocará a mulher em melhores condições para o futuro. Alex-Simpson é da mesma opinião e cita mesmo dois casos entre as mulheres que sobreviveram á operação de Porro, que têm nitidamente curado da osteomalacia.

5.ª Depois de repetidas operações cesareanas.

Quanto aos tumores fibrosos do utero, Sänger julga esta operação contra-indicada, excepto quando apparecem difficuldades que não podem ser debelladas por outro meio, o que em 43 casos só aconteceu nos dois casos de Storer e Zwifel. Schlemmer, como já vimos, irreflectidamente e talvez sem criterio, limita estas

indicações a duas sómente: 1ª A degenerescencia dos tecidos molles que conduziria á morte. 2ª A atresia da vagina, ou a oclusão deste orgão por qualquer tumor que impeça o corrimento lochial. Só se acham neste caso 6 ou 7 % das operações de Porro conhecidas — *Garrigues* —. Nos casos de ruptura uterina a operação de Porro é indicada por L. Championnière, Alexandrini, Pinard, Maygrier, etc

CAPITULO III

Methodo operatorio

Antes de tratar do processo operatorio, julgamos conveniente tocar em um ponto que póde se apresentar ao operador, e que nos parece de grande importancia: " Qual o momento em que se deve operar? "

É verdade que, para esta discussão, faltam-nos bases, visto que a maior parte das observações publicadas são omissas neste ponto. Nos poucos casos em que o tempo decorrido vem indicado, vê-se que o trabalho já tinha começado desde um tempo mais ou menos longo.

Supponha-se, porém, que o operador tem a escolha, durante o curso da prenhez, e está disposto a praticar a operação de Porro: "deve elle esperar que o trabalho tenha começado, ou deve actuar antes da apparição das primeiras dôres? "

Esta questão já foi agitada a proposito da operação cesarea, e os parteiros estão todos de acôrdo que se deve esperar que o trabalho comece. Assim, Harris apresenta uma interessante estatistica, onde a prolongação do trabalho é perfeitamente notada. Este autor refere sete casos, que lhe são pessoaes, e nos quaes, a operação tendo sido feita no fim do primeiro dia, houve sete curas. Depois elle cita mais os factos seguintes: " sete mulheres foram operadas antes de trinta e quatro horas decorridas, quatro curaram; dez outras foram operadas depois de decorridos trinta e quatro horas, e só uma escapou. "

Ainda mais, elle verificou que 16 casos em que sobreveio peritonite depois da operação, 13 vezes a operação tinha sido praticada depois de ter passado trinta horas.

A esta estatistica podemos ajuntar a de Radfort, que contém 100 casos de operações cesareanas. Vinte e quatro vezes a operação foi praticada antes de ter decorrido 24 horas do trabalho começado e setenta e seis vezes ella foi praticada depois de 24 horas. Nos vinte e quatro primeiros casos, 7 mulheres curaram, e nos setenta e seis só escaparam 9 mulheres. Resulta claramente destes numeros que tem-se tanto mais probabilidades de successo, quanto mais cedo se opera.

Estes factos podem se explicar, diz Maygrier, pelo esgotamento já produzido por um trabalho prolongado em individuos que vão soffrer uma grave operação, e muitas vezes tambem por tentativas operatorias desgraçadas, tendo podido lesar as partes naturaes e abrir caminho á infecção e, se da secção cesarea simples, póde-se concluir para a operação de Porro, parece-nos indicado não deixar o trabalho durar muito tempo sem intervir. Póde-se pois, esperar que as primeiras contracções uterinas appareçam; respeita-se assim melhor as leis da parturição; tem-se mais probabilidade de ter um menino vivo e, talvez, tambem o começo de involução que vai soffrer o collo, facilite mais o corrimento lochial do pediculo na vagina. Operar-se-ha assim desde que o trabalho tenha começado, antes que tenha havido tempo de enfraquecer as forças da mulher, e de pôl-a em condições más para supportar a operação.

Alex. Simpson pensa da mesma fórma e reconhece nisto tres vantagens: 1ª A bexiga está menos exposta a ser ferida. Com effeito, esta viscera, durante o trabalho da parturição, se eleva acima da symphise e torna-se abdominal. Foi o que aconteceu a Lizé (de Mans), que abrindo a parede abdominal encontrou o utero inteiramente occulto pela bexiga, muito destendida e completamente vazia. 2ª Evita-se a difficuldade, que muitos operadores encontrarão, de extrahir o féto, em consequencia da contracção do utero em volta do pescoço delle. Os Drs. Griachalgk, Radfort, Garnier e Edmond relatam factos sobre esta complicação que muitas vezes tem sido causa de morte para o féto. 3ª O utero não está neste estado de hyperemia, que possue todo orgão em plena actividade funccional, e, de toda maneira, a hemorrhagia, que acompanhar a sua secção, será menor.

Sem duvida alguma seria de muita vantagem fazer-se para a operação de Porro, o que Harris e Radfor fizeram para a operação cesarea, isto é, de uma parte indagar o numero de horas decorridas em cada caso desde o começo do trabalho até o momento da operação, e de outra parte a relação entre a duração deste trabalho e o resultado obtido. Desgraçadamente até hoje ainda não se fez este trabalho.

Vamos agora descrever o methodo operatorio e, á exemplo de Maygrier, estudaremos cada tempo de per si, com as diversas modificações que tem sido apresentadas pelos operadores.

Cuidados preliminares

Quando fôr possivel, deve-se collocar a mulher nas melhores condições hygienicas possiveis, afim de preparal-a para a operação que ella deve soffrer. Deve-se combater todas as complicações que poderem se apresentar, e actuar de uma maneira favoravel sobre o physico e o moral da doente. Os instrumentos necessarios são: bisturís convexos, rectos e abotoados, uma sonda cannelada, tesouras rectas e curvas, pinças hemostaticas de differentes fórmas, agulhas, fios de seda phenicada e de prata, porta-agulhas, tubos de drainage, serra-nós, fios metallicos de calibre variado para a constricção do pediculo, esponjas, agua fria, agua quente, agua phenicada, um pulverisador a vapor, curativo completo de Lyster, algodão, etc.

Deve-se tambem ter preparado tudo que fôr necessario para reanimar o féto e a mulher, e combater os differentes accidentes que poderem sobrevir, preparativos que são communs a toda operação obstetrica. O leito em que se tem de fazer a operação deve ser elevado e estreito, para que se possa operar com facilidade e para que os ajudantes possam melhor preencher o seu papel. Póde-se servir de uma mesa estreita coberta com um colchão, ou melhor de uma mesa de operação.

Os instrumentos e as esponjas devem estar mergulhadas em uma solução phenicada a 5 %. São precisos ajudantes para desviar os labios da ferida, dar chloroformio, passar os instrumentos, manter as coxas, dar esponjas e guardanapos, conforme a necessidade do operador. Um pouco antes da operação, um ou dois clysteres devem ser administrados, não só para impedir a sahida das materias fecaes durante a operação, como tambem para manter depois della o intestino em um estado de vacuidade, o que evitará á doente todo esforço de defecação. Procede-se a *toilette* da mulher. Reveste-se-a de uma camisolla de flanella, envolve-se completamente os membros inferiores até a raiz das côxas em algodão e duas ataduras de flanella. A mulher deve ser chloroformisada em seu leito, e só então transportada para a mesa da operação. O operador e seus ajudantes devem fazer abluções em uma solução phenicada é, durante todo o tempo da operação, deverá funccionar o pulverisador a vapor. Extrahe-se as urinas por meio da sonda; depois faz-se uma injecção de solução phenicada forte na vagina, e lava-se com a mesma solução as partes genitaes externas e a parede abdominal. Como se vê, estes cuidados preliminares nada tem de especial; são communs ás grandes operações de laparotomia e, se insistimos sobre elles, é porque julgamos um crime de lesa sciencia, o seu descuido ou despreso.

Incisão da parede abdominal

Faz-se na linha alva uma incisão que não deve comprehender senão a pelle e o tecido cellular subcutaneo; depois serão divididas lenta e successivamente até o peritono as camadas profundas. Cada vez que um vaso fôr aberto, immediatamente deverá ser-lhe applicada uma pinça hemostatica. O comprimento da incisão tem uma grande importancia. Medindo, segundo Boudin, a circumferencia sub-occipito-frontal, trinta e tres centimetros em média, os labios da incisão devem ser de tal fórma,

que, desviados, deixem passar o féto. Deve ella, portanto, medir de 16 a 17 centimetros. Começa-se em geral a incisão a tres travessas de dedos do pubis, e continúa-se para cima do umbigo, contorneando-o á esquerda. Lucas-Championnière aconselha fazer-se a incisão mais elevada, de maneira que o umbigo corresponda ao seu meio. Elle assim praticou nas suas operadas. Guichard e muitos outros operadores têm procedido da mesma fórma. Lucas-Championnière propõe-se assim abrir o utero sobre um ponto mais elevado e de não interessar todo sua face anterior, não sendo necessario excisar todo o corpo do utero, afim de ter-se um pediculo mais longo e menos sujeito a ser repuchado. Chegado ao peritono, apanha-se-o com uma pinça e, depois de ter-lhe feito uma casa com um bisturi, incisa-se-o sobre uma sonda cannelada em todo o comprimento da ferida abdominal.

* * *

Incisão do utero e extracção do féto

Aberta a cavidade abdominal e reconhecido bem o utero, procura-se trazel-o para a linha mediana, de maneira que o diametro longitudinal de sua face anterior, esteja em relação com o grande diametro da incisão cutanea. Então dois ajudantes apoiam fortemente os labios da incisão sobre o utero, afim de evitar todo derramamento de sangue na cavidade peritonal, no momento da abertura do orgão. Faz-se na linha mediana da sua face anterior uma incisão lentamente, e ao mesmo tempo um ajudante limpa constantemente a ferida para estancar o sangue, que embaraça a vista do operador. Esta incisão, que geralmente é feita em uma grande parte da altura do utero, foi modificada por L. Championnière. Tarnier aconselha, afim de ganhar-se tempo e evitar qualquer perda sanguinea, despedaçar o tecido uterino em vez de cortal-o. Em uma das suas operações elle

empregou este meio com successo. Depois de ter feito uma casa no tecido uterino com o bisturi, elle introduzio os dois indicadores nesta abertura, pôde despedaçar facil e rapidamente o tecido uterino e penetrar na sua cavidade.

Quando se incisa o utero, acontece muitas vezes sobrevir uma onda sanguinea forte; é isto devido quasi sempre a inserção da placenta na face anterior do utero, que é facilmente interessada pelo bisturi. É certo que Halbertsma (de Utrecht), aconselha reconhecer-se a séde da placenta por meio de puncções exploradoras, porém não encontramos nisto grande vantagem, visto que póde-se perfeitamente subjugar esta hemorrhagia, bastando para isto augmentar-se rapidamente a abertura do utero, quer com tesouras, quer despedaçando o tecido com os dedos, descollar a placenta e extrahir o féto. Aberto o utero, introduz-se a mão na sua cavidade, rompe-se as membranas e vai-se a procura dos pés do féto, que é immediatamente extrahido. É este o processo primitivo e seguido por quasi todos os operadores.

Müller, de Berna, imaginou uma importante modificação, que consiste em retirar o utero da cavidade abdominal, collocar uma ligadura na sua parte inferior para impedir a hemorrhagia e, só então, abrir a sua parede. Já, G. Rein, professor livre de gynecologia em S. Petersbourg, por experiencias feitas sobre animaes em gestação, tinha chegado ao mesmo resultado e escrevêra uma monographia intitulada — *Da excisão do utero gravido sem perda de sangue.*

Müller fallando sobre sua modificação, diz que a operação de Porro tal como era praticada, deixava muito a desejar, visto que o utero era incisado mesmo na cavidade abdominal, e só d'ahi retirado, depois de esvasiado do seu conteúdo. Müller nesta pratica nota dous inconvenientes: 1º, a extracção do féto e diminuição brusca do utero podem, á pezar de todas precauções, ser causa de uma mistura de agua e sangue na cavidade abdominal, o que é muito perigoso. Em seguida não se fazendo a constricção do collo senão depois da evacuação do utero oppõe-se a hemorrhagia por inercia uterina, porém não se póde prevenir

de maneira alguma as que costumam acompanhar a abertura do utero, a extracção do féto e da placenta, e que duram até a ligadura do collo. Foi para prevenir estes defeitos que elle imaginou o processo que traz o seu nome, e que é sempre executavel, diz elle, porque: 1º, o utero nos casos de vicio extremo da bacia está sempre n'um estado de ante-versão exagerada, e o seu fundo se acha geralmente collocado entre a cicatriz umbilical e a symphise pubiana; 2º, porque a suspensão da circulação féto-placentaria não é senão temporaria, muito curta, e a extracção do feto é rapida. Entre os operadores que seguiram a modificação de Müller, citaremos particularmente Litzmam, Breisky, Fehling, G Braun, Tarnier, Dejace, Wasseige e muitos outros, que seria longo ennumerar. Fehling e Litzmam modificaram ligeiramente o modo operatorio; em logar de ligar definitivamente, como Müller, o collo do utero gravido tirado fóra da cavidade abdominal, elles fazem uma ligadura provisoria, porém poderosa, com a tira de Esmarch. Já Welponer tinha imaginado e aconselhado fazer-se a ligadura provisoria com uma tira elastica. N'um caso de Fehling a incisão do utero cahio sobre a placenta, entretanto não houve senão uma perda insignificante de sangue. Depois a suppressão momentanea do oxigenio não é de nenhum modo prejudicial ao féto. Se aos parteiros que acabamos de citar, tem sido facil seguir o processo de Müller, o mesmo não tem acontecido a muitos outros que o têm tratado. É o que nos mostram as observações de Tibone, C. Braun e Wasseige na sua segunda operação. No caso do professor Tibone o féto não estava a termo, o utero, pequeno e pouco desenvolvido, representava ser de oito mezes de prenhez, as membranas estavam rompidas e as aguas escoadas; as circumstancias não podiam ser melhores para seguir-se o methodo de Müller, e, entretanto, encontrou-se muita difficuldade. A incisão abdominal era de 12 centimetros no começo, foi preciso augmentar-se para baixo e para cima até 18 centimetros; " ella foi apenas sufficiente, diz o professor Tibone, para permittir a sahida do utero. " A operada morreu de peritonite trinta e duas horas depois da operação. O professor C. Braun nas suas segunda

e terceira observações tentou empregar o methodo de Müller e não o conseguio. O mesmo aconteceu a Wasseige na sua segunda observação, que apezar de augmentar a incisão, não conseguio tirar o utero para fóra do abdomen.

O professor Chiara em tres casos tentou empregar este processo, e só o conseguio em um, assim mesmo repuchando e contundindo os bordos e angulos da ferida; nos outros casos houve despedaçamento das trompas nas tentativas infructiferas de extracção, de sorte que o utero teve de ser incisado *in loco*. Resulta destes factos que o processo de Müller póde ter graves inconvenientes e que é muitas vezes de uma execução difficil.

Segundo Maygrier, este processo não póde ser sempre adoptado, porque as mulheres rachiticas sobre as quaes se opera, são ordinariamente de pequeno tamanho, e é preciso fazer-se uma incisão muito grande para que o utero gravido possa sahir para fóra. Estes despedaçamentos e repuchamentos do peritoneo podem ser causa de peritonite; emfim o temor de derramamento de sangue e agua na cavidade peritoneal, quando se incisa a madre *in situ*, parece bem illusorio, desde que se considera que em todas observações os ajudantes mantiveram com as mãos as paredes abdominaes applicadas contra o utero, e que basta para absorver todo liquido, que poderia se derramar, guarnecer com muitas esponjas os bordos da ferida.

Entretanto o methodo de Müller tem vantagens reaes, que devem ser aproveitadas, quando fôr de execução facil.

Garrigues pensa que se deve sempre empregar o methodo de Müller, ainda que seja necessario uma grande incisão, visto que "a vantagem de subjugar a hemorrhagia é tamanha, que sobrepuja inteiramente as desvantagens de uma longa incisão."

* * *

Amputação do utero e ovarios, formação do pediculo

Depois de excisado o utero *in situ* e retirado o féto, toma-se os bordos da ferida uterina com duas grandes pinças de kysto, e extrahe-se-o para fóra do ventre com os seus annexos. Nesta occasião deve-se evitar a sahida dos intestinos; toalhas embebidas em agua phenicada quente devem ser collocadas em volta da ferida e mantidas por ajudantes. Se é o processo de Müller que se empregou, Frank aconselha, para prevenir o prolapso dos intestinos, "costurar a parede abdominal na parte posterior ao utero antes de abrir este." Leopold, parteiro allemão, aconselha "cobrir todo o abdomen atraz do utero com um tecido de gutta percha," que deve ser previamente immersa em uma solução phenicada a 5 $^{0}/_{0}$. Para se collocar a ligadura, um ajudante toma o utero com as duas mãos e o mantém perpendicularmente ao ventre, ao passo que o operador trata de passar o fio. A ligadura, segundo Porro, Müller, etc., deve ser collocada depois da abertura da madre; pensam de modo contrario, Litzman, G. Rein, Welponer, Garrigues, etc., que dão como maior argumento a suppressão absoluta de hemorrhagia. Foi o que aconteceu a Litzman, que tendo passado no collo uma ligadura elastica, a perda sanguinea limitou-se á quantidade de sangue contida na parede uterina.

O operador póde actuar de duas maneiras para fixar a ligadura: atravessando o tecido uterino com um trocater, e pela canula passar dois fios de ferro que são apertados um á esquerda e outro á direita; ou atravessando-o com duas agulhas de aço collocadas em cruz e depois passando em volta do collo e abaixo das agulhas um fio de ferro. Antes de apertar o fio, deve-se verificar que as trompas e ovarios estejam ácima delle. O constrictor geralmente empregado é o serra-nó de Cintrat.

A constricção deve ser lenta, para que o fio não se quebre, e continuada até que pela ferida uterina não corra mais nem uma gotta de sangue. Para maior segurança, póde-se collocar uma segunda ligadura entre as agulhas. Depois disto resta fazer-se a excisão do utero e dos seus annexos, que estão situados ácima da ligadura. Serve-se para isto de uma forte tesoura ou bisturi chato e forte. A secção deve ser feita a dois centimetros acima da ligadura, pouco mais ou menos.

Procede-se a *toilette* minuciosa do peritoneo com esponjas montadas e fixa-se o côto uterino no angulo inferior da ferida. Bastam para isto alguns pontos de sutura, ou então atravessar com uma longa agulha o pediculo e a parede abdominal. Depois disto feito trata-se de fechar a cavidade abdominal.

É este o methodo operatorio geralmente seguido; entretanto nem todos estão de acôrdo no modo de fazer-se a constricção do pediculo. É assim que Späth, professor em Vienna, aconselha o esmagador linear, cuja cadêa está menos sujeita a escorregar, que o fio metallico; Wasseige recommenda um constrictor especial, que traz o seu nome; outros a cadêa do esmagador modificada por Billroth, o *clamp* de Spencer Wells, etc. Por fim tem-se agitado a questão da suppressão do pediculo, cuja tendencia actual é para se abandonar na cavidade abdominal.

Welponer diz que esta suppressão conviria muito ás exigencias do tratamento antiseptico, visto que o pediculo representa sempre uma porta aberta para os productos septicos. Hegar, afim de evitar esta eventualidade, propõe a ligadura perdida, e o professor Schrœder, de Berlim, no congresso scientifico de Cassel, fez conhecer o processo de sutura de que elle, com vantagem, se servia nas hysterotomias por tumores fibrosos do utero. O Dr. Terrillon é acerrimo defensor do tratamento intra-peritoneal, e diz que a fixação do pediculo fóra tem contra si os inconvenientes seguintes: o repuchamento do pediculo e dos annexos, quando se faz a secção perto do collo do orgão; a suppuração fatal de uma superficie muitas vezes consideravel; emfim um certo numero de mulheres morre depois da operação com accidentes nervosos

que parecem devidos á compressão do pediculo pelo *clamp* ou fio de ferro constrictor. A estes inconvenientes ainda podemos ajuntar a falta de união do côto com a parede abdominal, que, ás vezes, costuma dar-se. A reducção do pediculo põe ao abrigo destes accidentes, porém tem outros inconvenientes: o primeiro e o mais terrivel é a hemorrhagia interna que se apresenta quando o afrouxamento do tecido uterino deixa uma certa liberdade aos vasos do utero e permitte ás arterias a permeabilidade. Este accidente póde ser mortal; é sempre grave. A presença de uma superficie cruenta, capaz de dar uma grande quantidade de serosidade no peritoneo, é um outro inconveniente. L. Championnière se eleva contra a pratica do abandono do pediculo na cavidade peritoneal e, principalmente, na operação de Porro, onde a presença dos lochios é uma grande contra-indicação.

Este methodo foi empregado cinco vezes, e quatro das pacientes morreram. O primeiro caso pertence a Litzman, de Kiel. Apezar de um listerismo classico, a operada morreu de peritonite septica, cuja causa o operador attribue á secreção do collo uterino. O segundo caso foi o terceiro de Wasseige, operado a 18 de Março de 1880. Foi empregado o processo de Schrœder. A operada morreu no sexto dia repentinamente. Wasseige acredita que a morte fosse devida a embolia. O terceiro caso foi o do Dr. Taylor, operado a 8 de Abril de 1880. A paciente morreu vinte e seis dias depois em consequencia de embolia. O quarto caso foi o de Veit, de Bonn. Aqui tambem empregou-se o processo de Schrœder e apezar disto a paciente succumbio de peritonite pyohemica. O unico caso feliz foi o segundo de Veit, onde foi empregado o mesmo processo do primeiro.

Para a sutura da parede abdominal póde-se servir dos fios de prata ou de seda, e as suturas devem ser profundas e superficiaes. É bom collocar-se uma ou duas suturas abaixo do pediculo, afim de não deixar abertura entre elle e os labios da ferida abdominal.

Alguns autores aconselham a drainage da cavidade peritoneal e são muito enthusiastas della; outros a repellem como desnecessaria e até prejudicial.

Nota. — No correr da impressão de nossa these, encontramos nos *Annaes de Gynecologia* (Agosto de 1883), um longo artigo do Dr. V. Chalot sobre o tratamento intra peritoneal do pediculo na operação do Porro.—O Dr. Chalot propõe-se satisfazer os seguintes pontos: 1º, permittir a hemostase facil e completa; 2º, impidir a penetração dos lochios na cavidade peritonial, evitar a gangrena do pediculo e assegurar sua reunião primitiva; 3º, tomar o menos tempo possivel; 4.º, poder ser executado facilmente em todos logares com os instrumentos ordinarios. Consiste este methodo no emprego da ligadura elastica nos dous angulos do pediculo sómente, e na inversão deste com afrontação e sutura das faces peritoneaes, sem dissecção prévia destas ultimas.

O manual operatorio pouco differe do processo classico, excepto quando se trata da *hemostose difinitiva*. Para isto toma-se um cordão de caout-chouc, de tres millimetros de largura sobre 40 centimetros de comprimento. Enfia-se em uma agulha e passa-se esta a um centimetro para dentro do angulo esquerdo do pediculo uterino e a um centimetro para baixo da supercie de secção partindo da cavidade uterina, atravez a parede posterior do utero, para a face peritoneal posterior. Dirige-se a agulha em volta do angulo do pediculo em meio circulo, de maneira a abraçar as tres arterias uterina, tubo-ovariana e funicular. Depois em um ponto correspondente ao da primeira transfixão, introduz se a agulha atravez da parede anterior do utero, partindo da face peritoneal anterior para a cavida uterina: as duas extremidades do cordão ficam assim livres na cavidade uterina. Aperta-se o fio e prende-se-o bem, dando um nó, ou esmagando um annel de chumbo nas extremidades. Faz-se a mesma cousa no angulo direito do pediculo. Póde-se depois tocar com o cauterio de Paquelin ou com uma solução de chlorureto de zinco a superficie de secção. Graças á ligadura hemostatica bi-angular, conserva-se um pediculo bem vivo, offerecendo, por conseguinte, todas condições requeridas para uma reunião immediata, sem que se possam temer as complicações que acompanham a eliminação das partes mortificadas na cavidade peritoneal. A vida do côto é assegurada pela circulação collateral das arterias helecinas. Retira-se a ligadura provisoria que se tinha passado em volta do pediculo, e faz-se a ligadura dos vasos que derem sangue. Depois, reunem-se em feixe as extremidades de cada lado, applicando ligaduras nas suas pontas e introduzem se os dous feixes no canal cervico-vaginal até a vulva. No fim de 8, 10 ou 12 dias cahirão por si mesmo, ou sob uma ligeira tracção, quando as alsas tiverem obliterado os vasos no seu processo ulcerativo.

Inversão e dupla sutura do pediculo. — Revira-se para a cavidade cervical toda circumferencia livre do pediculo sobre uma extensão de 2 ½ á 3 centimetros; os

angulos do côto com suas alsas elasticas são, por conseguinte, voltados na cavidade uterina.

Trata-se agora de manter solidamente em contacto as faces peritoneaes. Para isto passa-se, abaixo do nivel de reflexão, com uma forte agulha uma serie de fios fortes de sêda phenicada, distante um centimetro um do outro. Começa-se pelo meio do côto, aperta-se isoladamente cada fio acima do pediculo e corta-se rente o nó.

Depois faz-se uma serie de suturas superficiaes egualmente com sêda phenicada, porém menos forte. O mesmo processo é indicado no caso de utero bi-corno.

Esta modificação nos parece de um alto alcançe, comquanto ainda não tenha sido sanccionada pela pratica.

* * *

Curativo. — Depois de fechada a ferida abdominal, procede-se ao curativo. Lava-se cuidadosamente o abdomen e as côxas com agua phenicada, passa-se um pincel embebido em uma solução normal de perchlorureto de ferro ou de chlorureto de zinco sobre o pediculo e faz-se o curativo de Lister com todo o rigor recommendado. Colloca-se sobre o apparelho uma grande pasta de algodão phenicado, que é destinado a servir de compressor. Conclue-se o curativo passando uma larga atadura de flanella, que deve ser um pouco apertada. Leva-se a mulher para o seu leito, que deve ser previamente aquecido, e deixa-se os membros inferiores envolvidos em algodão. A doente deve deitar-se de costas e ter as côxas em meia flexão e abducção ligeira para trazer o relachamento completo das paredes abdominaes.

* * *

Cuidados consecutivos.—Durante as primeiras horas um ajudante intelligente deve vigiar que a doente não se mova e desmanche as peças do curativo. Maygrier cita alguns factos de

ataques hystericos depois da operação, e comprehende-se bem quanto estes movimentos desordenados podem ser prejudiciaes.

É um facto interessante, diz Maygrier, assignalar aqui esta persistencia da hysteria, depois da ablação dos ovarios, e que faz reflectir sobre o valor da operação de Battey e de Hegar, a ovaritomia normal, no ponto de vista da cura da hysteria. Não é além disto, só immediatamente depois da operação que podem sobrevir estes ataques convulsivos. As doentes podem continuar hystericas, e a mulher da nossa primeira observação, é um mui curioso exemplo, pois que ella teve ataques tres mezes depois de ter soffrido a operação de Porro.

O quarto da operada deve ser bem arejado, havendo porém todo o cuidado para que ella não apanhe algum *golpe de ar*, que poderia trazer-lhe um defluxo e mais tarde esforços de tosse prejudiciaes á estabilidade do pediculo. Deve-se procurar estimular a paciente com calor externo e bebidas alcoolicas. Champagne *frappé* é o melhor, mas ha occasiões em que pequenas dóses de café são conservadas melhor que qualquer outra cousa. (Howitz). Depois de dissipada a influencia do chloroformio, as doentes sentem geralmente dôres de barriga, colicas e desejos frequentes de urinar. Estes estados devem ser combatidos com as preparações opiadas, principalmente em injecções hypodermicas, que trazem allivio immediato. As nauseas, regorgitações e vomitos, cedem ao emprego dos opiaceos, acido hydrocyanico, bismutho, acido carbonico, gelo, revulsivos á região epygastrica, etc.

A respiração em geral é frequente e conserva-se bastante tempo muito mais rapida que no estado normal. O pulso apresenta particularidades interessantes. Segundo Maygrier, é sobretudo no segundo e terceiro dias que elle se torna irregular, desordenado, oscillando entre 100, 120 e 140 pulsações, bem que a temperatura se conserve relativamente moderada. L. Championnière liga estes factos "aos repuchamentos que o pediculo experimenta na hysterotomia. Com effeito, elle é quasi sempre muito curto, muito volumoso e contém grande numero de filetes nervosos de origem sympathica. Ora, a constricção violenta exercida pelo serra-nó, os repuchamentos soffridos pelo collo do utero, pelos

ligamentos largos e mesmo pelas inserções vaginaes, bastam amplamente para explicar este processo todo particular do pulso."

Estas desordens da innervação cardiaca podem trazer accidentes graves e a morte. E não poucas são as observações em que a morte da paciente deve ser ligada á intensidade destas perturbações do systema nervoso.

Em apoio desta doutrina, Maygrier cita um caso em que a doente succumbio com a elevada temperatura de 42°,8 !

Nos casos desta ordem, emprega-se o sulphato de quinina, o acido carbonico, o frio administrado por meio de agua gelada, etc.

Em que época deve-se renovar o curativo? Desde que a doente passa bem, e as peças do curativo não estão manchadas por liquidos da ferida, é conveniente deixar-se o primeiro apparelho dois, tres ou mais dias. É assim que temos visto os cirurgiões procederem nas grandes operações. Quando se renova o primeiro curativo, o que tem logar geralmente 24 ou 36 horas depois da operação, encontra-se o pediculo enrugado, secco e sem suppuração. Garrigues aconselha espaçar o primeiro curativo tanto quanto fôr possivel e L. Championnière pensa que esta pratica é de grande vantagem, porque evita-se a doente toda especie de deslocamento, o que muito favorece a adherencia do pediculo com a parede abdominal. Do segundo ou terceiro curativo em diante o pediculo começa a eliminar-se, e uma ligeira suppuração se estabelece ordinariamente em volta delle, sendo-se algumas vezes obrigado a excisar alguns retalhos negros e esphacelados.

Esta eliminação leva geralmente de 12 a 15 dias a se fazer; no logar do pediculo fica uma superfecie deprimida, rosea, cheia de botões e que cicatriza como uma ferida ordinaria.

No fim de oito dias, pouco mais ou menos, remove-se as suturas superficiaes, e, alguns dias depois, as mais profundas.

Nesta occasião deve-se substituil-as por tiras de emplastro adhesivo ou cadarço molhado em collodio. As doentes nos primeiros dias precisam ser sondadas, visto que ellas experimentam frequentemente dôres no baixo ventre e não podem urinar.

Nos primeiros dias não se deve provocar as evacuações, a menos que ellas não sobrevenham naturalmente, porque todo e qualquer esforço é nocivo á doente. Ella deve ser alimentada, conforme exigir o seu estado geral. Nas mulheres operadas pelo processo de Porro, a lactação se estabelece normalmente. A tumefacção dos seios e o apparecimento do leite fazem-se perfeitamente, e as doentes podem amamentar o seu filho, como aconteceu com uma operada de Wasseige. Segundo Maygrier um corrimento vaginal mucoso ou muco-purulento se estabelece durante muitos dias depois da operação; elle não tem importancia e só exige cuidados de limpeza.

Quadro estatistico da operação de Porro

Numeros	Data	Operadores	Paiz	Indicações	Resultado para a mãe — Viva	Resultado para a mãe — Morta	Causa da morte	Resultado para o feto — Vivo	Resultado para o feto — Morto
1	21 Julho 1868.	Storer	Boston	Fibroma uterino	»	1	Shock	»	1
2	21 Maio 1876.	Porro	Pavia	Rachitismo	1	»	....	1	»
3	3 Janeiro 1877.	Inzani	Parma	Osteosarcoma	»	1	Peritonite	1	»
4	28 Março —	Hegar	Fribourg	Rachitismo	»	1	—	1	»
5	26 Abril —	Previtali	Bergamo	—	»	1	Moribunda	»	1
6	27 Junho —	Spœth	Vienna	Osteomalacia	1	»	....	1	»
7	3 Setembro —	—	—	—	»	1	Peritonite	1	»
8	9 Setembro —	G. Braun	—	—	»	1	—	1	»
9	16 Dezembro—	Chiara	Milão	Rachitismo	»	1	Shock	1	»
10	4 Fevereiro 1878	Müller	Berna	Osteomalacia	1	»	....	»	1
11	11 Abril —	Franzolini	Udina	Dyspnéa	»	1	Œdema pulmonar	1	»
12	14 Abril —	Wasseige	Liège	Rachitismo	»	1	Hemorrhagia	1	»
13	10 Maio —	G. Braun	Vienna	—	1	»	....	1	»
14	22 Maio —	Chiara	Milão	—	»	1	Peritonite	1	»
15	28 Maio —	Tibone	Turim	—	»	1	—	1	»
16	14 Junho —	Litzmann	Kiel	—	»	1	—	1	»
17	9 Julho —	Breisky	Praga	—	1	»	....	1	»
18	3 Agosto —	Wasseige	Liège	—	»	1	Peritonite	1	»
19	23 Agosto —	Perolio	Brescia	—	1	»	....	1	»
20	16 Setrmbro—	Riedinger	Brün	—	1	»	....	1	»
21	7 Outubro —	Fehling	Stuttgart	—	»	1	Peritonite	1	»
22	19 Outubro —	Chiara	Milão	Osteomalacia	1	»	....	1	»
23	13 Dezembro—	G. Braun	Vienna	Rachitismo	»	1	Peritonite	1	»
24	30 Dezembro—	Previtali	Bergamo	....	»	1	....	»	1
25	17 Janeiro 1879	Tibone	Turim	Rachitismo	»	1	Peritonite	1	»
26	2 Fevereiro —	Fochier	Lyon	—	1	»	....	1	»
27	11 Fevereiro—	Coggi	Cremona	—	»	1	Peritonite	1	»
28	24 Fevereiro—	Tarnier	Paris	Tumor uterino	»	1	Septicemia	»	1
29	1 Março —	Tibone	Turim	Rachitismo	»	1	Peritonite	1	»
30	20 Março —	Tarnier	Paris	—	1	»	....	1	»
31	20 Março —	Peyretti	Turim	—	»	1	Tetanos	1	»
32	1 Abril —	C. Braun	Vienna	—	1	»	....	1	»
33	3 Maio —	Previtali	Bergamo	....	»	1	....	»	1
34	16 Maio —	Berrutti	Turim	Rach tismo	1	»	....	1	»
35	25 Maio —	C. Braun	Vienna	—	»	1	Peritonite	1	»
36	19 Junho —	Mangiagalli	Milão	—	1	»	....	1	»
37	20 Junho —	C. Braun	Vienna	—	1	»	....	1	»
38	28 Agosto —	Chiara	Milão	—	1	»	....	1	»
39	19 Novembro—	L. Championnière	Paris	—	1	»	....	1	»
40	3 Dezembro.—	—	—	—	»	1	Peritonite	1	»
41	30 Dezembro—	—	—	—	1	»	....	1	»
42	2 Janeiro 1880	Haussner	Bremen	—	»	1	Hemorrhagia	»	1
43	9 Janeiro —	Previtali	Bergamo	....	»	1	....	»	1
44	17 Janeiro —	L. Championnière	Paris	Rachitismo	»	1	....	1	»
45	Fevereiro —	Valtorta	Veneza	....	»	1	....	»	1
46	17 Fevereiro—	Chiarleoni	Milão	Rachitismo	»	1	....	»	1
47	25 Fevereiro—	Mangiagalli	—	—	1	»	....	1	»
48	7 Março —	G. Braun	Vienna	Bacia infantil	1	»	....	1	»
49	Março —	Cuzzi	Modena	Rachitismo	»	1	Peritonite	1	»
50	20 Março —	Hubert	Louvain	—	»	1	Hemorrhagia	1	»
51	21 Março —	Veit	Bonn	Osteomalacia	»	1	Peritonite sep.	1	»
52	27 Março —	Wasseige	Liège	Fibroma nterino	»	1	Prenhez de 5 mezes.	»	1
53	5 Abril —	Taylor	Nova-York	Rachitismo	»	1	Thrombose	1	»
54	28 Maio —	G. Braun	Vienna	—	1	»	....	1	»
55	1 Junho —	Omboni	Cremona	....	»	1	Peritonite	1	»
56	13 Junho —	Tarnier	Paris	Osteomalacia	1	»	....	1	»
57	24 Junho —	Peruzzi	Lugo	Rachitismo	1	»	....	1	»
58	3 Julho —	Ramello	Turim	—	1	»	....	1	»
59	4 Julho —	Oppenheimer	Wurzbourg	—	1	»	....	1	»
60	31 Julho —	Zwifel	Erlanger	Fibroma uterino	»	1	Septicemia	1	»
61	17 Agosto —	Agnew	Philadelphia	—	»	1	....	»	1
62	....	Dallas	Constantinopla	....	1	»	....	?	»
63	....	Pasquali	Roma	....	»	1	....	?	»
64	12 Setembro—	Richardson	Philadelphia	Rachitismo	1	»	....	1	»
65	18 Setembro—	Veit	Bonn	—	1	»	....	1	»
66	24 Setembro—	Hergott	Nancy	Rachitismo	»	1	Peritonite	1	»
67	12 Outubro.—	Fiki	Varsovia	....	»	1	....	1	»
68	3 Dezembro.—	Tiboni	Turim	Osteomalacia	»	1	Peritonite	»	1
69	....	Publicadas por Pawlick	Vienna	....	1	»	....	1	»
70	....		—	....	1	»	....	1	»
71	....		—	....	1	»	....	1	»
72	15 Dezembro—	C. Braun	—	Rachitismo	1	»	....	1	»
73	Dezembro —	Braun	—	Osteomalacia	»	1	....	1	»
74	....	Halbertsma	Utrecht	Ruptura uterina	1	»	....	1	»
75	21 Janeiro 1881	Parona	Novara	Rachitismo	»	1	Tetanos	»	1
76	....	Kruzmann	Erlangen	—	»	1	Peritonite	»	1
77	....	Breisky	Praga	—	1	»	....	»	1
78	11 Fevereiro—	Feijó Filho	Rio de Janeiro	—	»	1	Intoxicação uremica.	1	»
79	19 Fevereiso—	Müller	Berna	—	1	»	....	1	»
80	21 Fevereiro—	Simpson	Edimbourg	—	»	1	Peritonite	»	1
81	9 Março —	Spæth	Vienna	....	1	»	....	1	»
82	1 Abril —	Olivieri	Napoles	Rachitismo	»	1	....	1	»
83	7 Abril —	Werth-Litzmann	Kiel	Utero bi-corno	1	»	....	»	1
84	Abril —	—	—	Rachitismo *	1	»	....	1	»
85	4 Junho —	Salin	Stockolmo	Utero duplo	1	»	....	1	»
86	22 Junho —	Nicolini	Pavia	—	1	»	....	1	»
87	....	Levis	....	Rachitismo	1	»	....	1	»
88	28 Agosto —	C. Braun	Vienna	Rachitismo	»	1	Peritonite	1	»
89	22 Outubro —	Chiara	Milão	Utero duplo	1	»	....	1	»
90	Outubro —	Caldirini	Parma	?	»	1	....	?	?
91	Outubro —	Negri	Milão	Osteomalacia	1	»	....	1	»
92	Outubro —	Pasquali	Roma	Rachitismo	»	1	Peritonite	1	»
93	Outubro —	—	—	Ruptura uterina	»	1	....	»	1
94	31 Outubro —	Spencer-Wells	Londres	Cancro	1	»	Operada no 6° mez.	»	1
95	Novembro —	Negri	Milão	Osteomalacia	1	»	....	1	»
96	10 Dezembro—	Grigg	Londres	Rachitismo	»	1	Shock	1	»
97	Dezembro —	F. Werneck	Rio de Janeiro	Cancro	»	1	Peritonite septica	1	»
98	Dezembro —	Negri	Milão	Rachitismo	1	»	....	1	»
99	31 Dezembro—	Ernest Braun	Vienna	Osteomalacia	»	1	Peritonite	1	»
100	Dezembro —	Spœth	—	B. geralm[te] estreitada	1	»	....	1	»
101	Dezembro —	Eherendorf	—	Cancro	»	1	....	1	»
102	9 Março 1882	Spœth	—	Rachitismo	1	»	....	1	»
103	....	Genei	....	—	1	»	....	1	»
104	23 Março —	Fehling	Stuttgart	Osteomalacia	1	»	....	1	»
105	4 Maio —	—	—	—	1	»	....	1	»
106	22 Maio —	Guichard	Angers	Cyphose	»	1	Shock	1	»
107	Maio —	Marchant	Paris	Ruptura uterina	»	1	....	»	1
108	2 Setembro —	Savage	Londres	....	»	1	....	»	1
109	2 Setembro —	Dejace	Flamelle Grande	Estreitam[to] vaginal.	1	»	....	1	»
110	23 Setembro—	Tansini	Lodi	....	1	»	....	1	»
111	....	Prevost	Moscow	....	1	»	....	1	»
112	....	Fornari	—	....	»	1	....	»	1
113	....	Warren	Sidney	....	»	1	....	»	1
114	....	Kaltenbach	Stuttgart	....	»	1	Féto não viavel	»	1
115	23 Novembro—	Fochier	Lyon	Tumor fibroso	1	»	....	1	»
116	7 Dezembro —	Porro	Pavia	Rachitismo	»	1	Peritonite	1	»
					54	62		87	25

* Mulher tendo soffrido duas vezes a operação cesariana.

CAPITULO IV

Estatistica da operação de Porro

O numero das operações de Porro executadas eté hoje, e que chegaram ao nosso conhecimento, é de 116.

O quadro em que as reunimos contém mais 11 casos que o de Charpentier, publicado em principios deste anno.

Estes novos casos chegaram ao nosso conhecimento pela leitura dos jornaes estrangeiros, e mais adiante daremos resumidamente as suas observações.

Destes 116 casos temos:

Mulheres vivas 55 = 47,50 % mortas 61 = 52,58 %
Meninos vivos 86 = 74,13 % mortos 20 = 25,08 %

No numero dos meninos mortos estão incluidos quatro, cuja sorte nos é desconhecida.

Nosso numero de mortalidade differe um pouco da dos differentes autores.

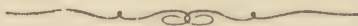
		Mortalidade.
Pinard	1880	45,4 %
Petit	1882	55,10
Maygrier	1880	58,49
Simpson	1881	58,3
Zwifel	1881	59,4
L. Championnière	1882	67,0
Charpentier	1882	53,33
O autor	1883	52,58

Quanto ás causas que reclamaram a operação, eis o que nos fornece o nosso quadro:

	casos
Rachitismo	62
Osteomalacia	14
Fibromas	6
Utero duplo	4
Ruptura uterina	3
Cancro	3
Osteosarcoma	1
Bacia infantil	1
Cyphaose	1
Bacia geralmente estreitada	1
Dyspnéa	1
Estreitamento da vagina	1
Causas não indicadas	18
	116

Entre as causas de morte notamos:

	casos
Peritonite	25
Shok traumatico	4
Hemorrhagia	3
Septicemia	2
Peritonite septitica	2
Tetanos	2
Thrombose	1
Intoxicação uremica	1
Œdema pulmonar	1

Emfim em um certo numero de casos, a operação foi praticada em condições taes, que a morte era por assim dizer fatal.

CAPITULO V

Para finalisar o nosso trabalho, vamos procurar ver se é bem justificavel a preferencia dada á operação de Porro sobre a operação cesarea. Os partidarios da operação de Porro attribuem-lhe as seguintes vantagens:

1ª Empedir de uma maneira segura, rapida e definitiva a hemorrhagia, mesmo quando a placenta é inserida na face anterior do orgão.

2ª Diminuir a extensão da ferida uterina, pois que fica reduzida a do pediculo.

3ª Pôr a cavidade peritoneal ao abrigo de toda causa de irritação com o tratamento extraperitoneal do pediculo.

4ª Diminuir-se as probabilidades das molestias puerperaes, afastando da mulher a maior fonte dellas.

5ª Poder-se escolher o momento da operação e operar antes do trabalho começado, visto que não se precisa das contracções uterinas.

6ª Abreviar-se a operação.

7ª Empedir-se melhor a passagem de liquidos na cavidade peritoneal, porque póde-se apertar as paredes abdominaes envolta do collo do utero.

8ª Emfim, pôr-se a mulher ao abrigo de nova prenhez.

Estudemos cada uma destas vantagens em particular.

1º Nem sempre a operação de Porro põe-nos ao abrigo da hemorrhagia por occasião da incisão uterina, principalmente quando

a placenta é interessada. É o que nos ensina uma observação de L. Championnière. Em um caso de Taylor sobreveio uma hemorrhagia consideravel, desapparecimento do pulso, precisando-se, para reanimar a mulher, injectar alcool na veia jugular. A modificação de Müller veio corrigir este inconveniente, porém tem contra si outros, taes como a grande incisão para tirar-se para fóra o utero á termo, etc.

A hemorrhagia do pediculo uterino tem algumas vezes apresentado grandes difficuldades. Fehling fazendo a ligadura do pediculo, os tecidos dilaceraram-se, como se estivessem podres.

Wasseige empregou a cadeia do esmagador e esta, em vez de esmagar, cortou os tecidos produzindo uma forte hemorrhagia.

Esta foi detida, o pediculo tocado com o thermo-cauterio e, apezar disto, a paciente succumbio de uma hemorrhagia intra-peritoneal.

Haussner e Aubert não foram mais felizes que Wasseige.

Litzman, apezar de ter empregado uma ligadura provisoria e dez suturas intrelaçadas, foi obrigado a passar uma nova ligadura para sustar uma hemorrhagia que se fazia pelo côto.

Breisky applicou dois fios de cobre: um quebrou-se e o outro affrouxou, e elle vio-se obrigado a fazer nova ligadura. Em um caso de Halbertsma a hemorrhagia tornou-se tão pertinaz, que apezar de já ter passado tres ligaduras, foi necessario mais uma quarta. Veit empregou o processo de Schrœder e fez a compressão provisoria com um tubo elastico. Retirado este, houve um jacto de sangue da arteria uterina esquerda por entre as suturas, que exigio uma dupla ligadura.

2º A diminuição da ferida uterina é uma vantagem real, em absoluto. Perde, porém, todo valor, quando consideramos os diversos accidentes nervosos que acompanham a formação do pediculo e a sua constricção; e não poucas são as pacientes que têm pago caro tributo á estes phenomenos, como o têm demonstrado L. Championnière, Gueniot, Garrigues, etc.

3º O tratamento extraperitoneal do pediculo tem diversos inconvenientes: 1º, é uma porta aberta aos principios septicos; 2º, póde não contrahir adherencia com a parede abdominal, mergulhar na sua cavidade e produzir uma peritonite mortal; 3º, está muito sujeito a repuchamentos, o que causa muita dôr á paciente e póde tornar-se causa de phenomenos nervosos extremamente perigosos.

Para prevenir estes accidentes, foi proposto o tratamento intraperitoneal do pediculo. Infelizmente a pratica não tem confirmado a espectativa geral, pois que de cinco mulheres tratadas por este processo, só uma sobreviveu.

4º Se é verdade que a ablação do utero diminue as probabilidades de molestias puerperaes, não é menos verdade que este resultado é pela maior parte devido ao curativo rigoroso de Lister, que tão brilhantes resultados têm dado em todas as grandes operações.

5º O poder-se operar antes do trabalho começado é sem duvida grande vantagem. Porém esta se perde, se, como acontece as mais das vezes, a paciente vem consultar o parteiro, estando já algum tempo em trabalho.

6ª Se a operação de Porro póde ser feita em menos tempo que a operação cesareana, ella exige em compensação ajudantes habeis em grande numero. O Dr. Elliot Richardson diz que pelo menos oito ajudantes são necessarios. Além disto a operação de Porro exige um instrumental cirurgico bastante numeroso. Tudo isto, em um local falto de recursos, são inconvenientes que não existem na operação cesareana, que, além de resumir o numero de ajudantes, póde ser feita até com uma simples navalha.

7ª Esta vantagem não é real, como já mostramos fallando do tratamento extraperitoneal do pediculo. Depois a nossa estatistica, além de vinte e cinco casos de peritonite, nos apresenta mais dois casos de septicemia e dois de peritonite septica.

8ª A esterilidade, consequencia immediata da operação de Porro, é considerada como uma grande vantagem pelos partidarios desta operação, que dizem " a mulher que não póde dar

á luz um féto, não deve concebel-o." Não podemos concordar com este modo de pensar, ainda mesmo deixando de parte o lado moral da questão. Sendo a mortalidade da operação cesareana pouco superior a da de Porro — 50 a 60 °/₀ (Harris), sabendo-se de mais que a operação cesarea repetida na mesma mulher offerece muito menos perigo, como nos ensina Lungren em uma estatistica de cento e dezenove operações praticadas em quarenta e oito mulheres, das quaes só oito morreram; não nos é licito mutilar uma mulher, tornando-a esteril, quando pela operação cesareana, que tende sempre a aperfeiçoar-se, ella póde não só curar-se, como continuar a reproduzir. A operação de Porro, forçoso é confessar, não tem correspondido a espectativa dos seus enthusiastas; o seu resultado é muito inferior ao da operação cesareana praticada no campo e mesmo nos hospitaes dos Estados-Unidos. Visto que a hysterotomia no campo apresenta tão bom resultado, é justo acreditar que, quando ella fôr cercada de condições antisepticas excellentes, ella nos offerecerá uma estatistica muito melhor que a de Porro.

Este nosso modo de pensar é baseado em uma estatistica de 12 casos de operações cesareanas, praticadas de 1878 á 1882, e apresentada por Garrigues. Nestes casos foi empregada alguma especie de curativo antiseptico, desde uma simples compressa embebida em oleo phenicado, até o pleno listerismo, inclusive o *spray*. Pois bem, destes 12 casos, houve 8 curas e 4 mortes — 33,33 °/₀. A mulher que uma vez soffreu a operação de Porro, mesmo com successo, não volta mais nunca a uma saude normal e conserva sempre sensibilidade abdominal, alguns accidentes congestivos, etc. (L. Championnière). A operação de Porro appareceu debaixo dos auspicios do curativo de Lister e só tem sido praticada por operadores de reconhecida pericia. Apezar disto não leva senão pequena vantagem sobre a operação cesarea antiga, praticada como era mesmo por pessoas que pouco conheciam a sua technica operatoria. Hoje em dia os operadores trabalham com ardor em aperfeiçoar a hysterotomia, quer tentando, quer propondo modificações importantes.

Cohnstein, Schrœder, L. Championnère, Garrigues e muitos outros pensam que a operação de Porro é um methodo de transição que em um futuro mais ou menos proximo será desthronada pela operação cesareana, quando uma melhora dos processos em uso tiver modificado o prognostico.

Tambem acreditamos com L. Championnère que a operação cesareana executada com os importantes melhoramentos que têm sido tentados ou propostos, voltará a ser praticada não só no campo, como nos nossos hospitaes, onde a questão é rodeal-a das verdadeiras condições antisepticas. Não podemos concluir este capitulo sem fallar, bem que rapidamente, das modificações introduzidas por Këhrer e Sänger na sutura uterina, modificações estas que nos parecem melhoramentos reaes. Këhrer empregou seis suturas de sêda phenicada atravessando toda a espessura da parede uterina. Depois de tel-as atado, cortou o peritoneo, exactamente para fóra das suturas, dissecou-o na distancia de um centimetro em todo contorno e reunio os retalhos peritoneas sobre a ferida com doze suturas de fios de sêda phenicada. Elle alcançou um pleno successo com este methodo.

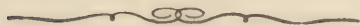
Sänger propoz um outro meio de operar sobre o peritoneo, pelo qual obtem-se largos retalhos que são applicados uns contra os outros por suas superficies serosas, sem causar nenhuma attricção ou esforço sobre esta delicada membrana.

Este fim é alcançado com a sua excisão muscular subperitoneal que tambem já foi empregado por Leopold com successo.

Antes de suturar o utero, o peritoneo, com um resto adherente de tecido muscular da espessura de um millimetro, é dissecado do tecido subjacente na extensão de um centimetro do bordo da ferida. Em seguida uma lamina de tecido muscular, em fórma de talhada de melão, é removida de ambos os lados e de angulo á angulo, comprehendendo toda a espessura da parede. Depois os retalhos peritoneaes são voltados para baixo e applicados contra as superficies de nova formação, e os bordos unidos com oito suturas de prata comprehendendo o peritoneo e o tecido

muscular, porém deixando livre a caduca. Finalmente 12 pontos de suturas de sêda phenicada são passadas no peritoneo e na parte superficial do tecido muscular de modo a penetrar nos retalhos peritoneaes perto do seu bordo mais interno.

Este methodo tem sido empregado tres vezes: duas vezes com successo e uma com insuccesso, sendo este devido á sutura não ter sido bem feita.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I

Segunda amputação utero-ovarica cesarea, praticada pelo professor E. Porro, e recolhida pelo Dr. Ettore Truzzi, professor livre e primeiro assistente da R. Escola Obstetrica de Milão. *

Antonietta B., de 37 annos, lavadeira, secundipara e casada, entrou para a maternidade de Milão no dia 15 de Novembro de 1882. Não apresenta precedentes dignos de nota.

A primeira apparição das regras teve logar na idade de 13 annos: as menstruações successivas foram sempre regulares, quanto a volta, porém abundantissimas e de 8 a 10 dias de duração. Casou-se de 33 annos: dous annos depois estava gravida, e a gestação correu perfeitamente até o seu termo.

Foi seu assistente no parto o Dr. Monzini que, reconhecendo a necessidade de uma operação embyotomica, empregou a craneotomia, e, depois de duas applicações de cranioclasta, extrahio um féto bem conformado e de regular desenvolvimento. Os phenomenos consecutivos ao parto correram normalmente.

A anamnese da gravidez actual revela o seguinte:

A ultima menstruação (regular) appareceu de 15 a 20 de Março. Nos primeiros mezes, salvo uma accentuação anormal das perturbações sympathicas, principalmente na esphera das funcções digestivas, Antonietta gozava boa saude; não foi senão na segunda metade de Outubro que ella começou a sentir dôres vagas, intercorrentes, que foram ligadas a rheumatismo muscular e que não cederam ao emprego do quinino e do opio.

---

* *Gazetta Medica Italiana* — Lombardia — 1883.

A paciente desejava immensamente ter um filho, e, temendo que o segundo tivesse a mesma sorte do primeiro, foi consultar com o Dr. Monzini, declarando-lhe que, para salvar o seu filho, ella estava disposta a correr os perigos da operação cesarea.

O Dr. Monzini aconselhou-lhe que entrasse para a maternidade. No dia 16 de Novembro foi praticado o exame.

Ella media $1^m,31$ de estatura e estava muito magra. O thorax manifestamente rachitico offerece a curvatura anterior da clavicula exagerada e um sensivel rosario rachito da terceira á sexta costella. Existe ligeira scoliose dorsal direita e lombo-sacra esquerda. Pelvimetria externa: circumferencia da bacia: 0,74; distancia de uma espinha iliaca A. S. a outra: 0,24; de uma crista a outra: 0,25; diametro obliquo esquerdo: 0,205; diametro obliquo direito: 0,22; diametro bi trocanteriano: 0,28; diametro conjugado externo: 0,14. Pelvimetria interna: microchordos encurtados, o esquerdo mais que o direito; diametro conjugado diagonal: 0,072; diametro conjugado verdadeiro: 0,063. A prenhez está na segunda quinzena do oitavo mez, féto vivo, apresentação de espadua. O professor E. Porro tinha marcado a operação para o dia 9 de Dezembro, porém no dia 7 a ruptura da bolsa das aguas se fez expontaneamente, e então elle foi obrigado a operar neste dia mesmo. Em pouco tempo preparou-se tudo o que era preciso debaixo de todo rigor antiseptico, e ás 10 horas e 45 minutos, em presença de varios collegas, Porro incisou a parede abdominal, começando a dous centimetros do umbigo e estendendo para baixo até tres centimetros da margem superior da symphise pubiana. No momento da incisão do utero houve uma consideravel hemorrhagia. Retirou se o féto, que sahio ligeiramente axphixiado, havendo nesta occasião um despedaçamento de 0,02 quasi no angulo inferior da ferida uterina. Applicou-se o constrictor de Cintrat. A criança, do sexo feminino e robusta, pesava 2,700 grammas. Tudo corria bem, quando no quinto dia appareceram symptomas graves de entero-peritonite, succumbindo a paciente ás 4 ½ horas da tarde do quinto dia.

Na autopsia encontrou-se um estrangulamento interno de uma alsa do intestino delgado, causado por bridas unindo o peritoneo visceral ao folheto parietal; a ferida abdominal estava reunida. Eis aqui as dimensões tomadas na bacia, ellas são aproximativas, porque não se queria deteriorar a preparação. Diametro conjugado verdadeiro: 0,060; microchordio direito: 0,072; microchordio esquerdo: 0,105; diametro obliquo esquerdo: 0,095.

OBSERVAÇÃO II

Amputação utero-ovarica de Porro. — Cura

(Observação publicada nos *Archivos de Tocologia* — Abril de 1883)

Trata-se de uma mulher, gravida pela segunda vez, tendo tido um primeiro parto longo e difficil, seguido de gangrena extensa das partes genitaes; donde uma fistula récto-vaginal e estreitamento consideravel da vagina no meio de sua altura, por um tecido cicatricial endurecido, permittindo difficilmente a introducção do dedo. " Máo grado esta barreira, diz Dejace, a mulher poude conceber de novo. " Gravida de cinco mezes, ella foi consultar com o Dr. Leopold-Dejace, o qual traçou-lhe um quadro exacto do seu estado, concluindo por propôr-lhe ou o aborto provocado, ou a operação cesareana.

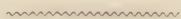
A mulher foi enviada para o hospital de Baviéra para experimentar a dilatação: esponjas preparadas, laminarias, dilatadores de Sims, etc., falham successivamente " e não trazem o aborto, o que mostra que o utero estava muito tolerante. " As ultimas regras appareceram a 10 de Dezembro de 1881, os primeiros movimentos tinham sido percebidos a 24 de Abril de 1882, e as diversas tentativas de dilatação tiveram logar de 16 de Maio a 25 de Junho, isto é, entre o quinto e sexto mez de prenhez.

A 18 de Julho e a pedido de Dejace, Wasseige e seu assistente examinam a doente. Diagnostica-se uma prenhez de sete mezes.

Renuncia-se a idéa que tinha sido suggerida de fender-se no momento do trabalho a parede anterior e posterior da vagina, e concorda-se em deixar a gestação chegar a termo, e então praticar-se a operação de Porro. Assim se fez. A 2 de Setembro Dejace com auxilio de muitos collegas praticou esta temivel operação. A parede abdominal foi aberta até 7 centimetros acima do umbigo, o utero foi tirado para fóra, segundo aconselha Müller, depois foi aberto e extrahido o féto. Collocou-se sobre o collo a alsa metallica do serra-nó de Cintrat, fez-se a compressão e depois seccionou-se os orgãos a 4 centimetros acima. Nenhum derramamento de sangue no abdomen, toilette do peritoneo muito facil. O pediculo fortemente cauterisado com o thermo-cauterio e atravessado com duas agulhas em cruz, é fixado no angulo inferior da ferida, que é suturada com fios de seda cosida. A operação

durou uma hora e meia; precauções anti-septicas, nada de *drainage;* a ferida é pulverisada com iodoformio.

Bexigas de gelo são collocadas acima do curativo.

Tudo correu mais ou menos bem e no fim de vinte e um dias a mulher poude se levantar completamente boa.

OBSERVAÇÃO III *

Dystocia devida a um tumor do collo do utero. — Cura

No dia 23 de Novembro de 1882 Maria R.... entrou para a Maternidade de Lyon. Era uma mulher de 42 annos de idade, nascida em Chapelle-d'Aurec e moradora em Monistrol. Boa saúde habitual. Menstruada pela primeira vez aos 14 annos. Teve treze partos anteriores e dois abortos. O primeiro parto teve logar aos 20 annos de idade, o decimo terceiro ha dois annos. Este ultimo parto foi muito mais laborioso e mais doloroso do que os outros, depois de uma prenhez penosa.

O parto foi seguido de uma grande perda interna e de dôres muito vivas "como se ella fosse parir um segundo filho." Essas dôres, que persistiram quasi um dia e que foram acalmadas pela applicação de cataplasmas muito quentes sobre o ventre, fatigaram muito a doente: ficou por espaço de muitos dias prostrada e sem forças, sendo obrigada a estar de cama durante tres mezes. Ora, habitualmente os phenomenos puerperaes não duravam senão oito dias no maximo.

Durante os dois annos que decorreram entre esse parto e a prenhez actual essa mulher nada sentia de particular para o lado do ventre nem dos orgãos genitaes internos ou externos. A menstruação voltava regularmente e se fazia bem: as regras eram sómente um pouco mais abundantes do que de costume.

A prenhez actual remonta ao mez de Fevereiro ultimo; foi no dia 25 desse mez que teve logar a ultima menstruação. Essa

* Dinarié — *Lyon Medical* — 1883.

prenhez tem sido muito penosa desde o começo; Maria R.... sentia no baixo ventre e nos rins vivas e frequentes dôres; quando estava deitada todas as posições eram dolorosas. Demais, ella tinha notado que a fórma de seu ventre era anormal e que sua prenhez não se assemelhavá ás outras; ora, dizia ella, a madre subia muito acima no ventre, ora, pelo contrario, descia cahindo para diante.

Na segunda-feira, 20 de Novembro ella sentio dôres que differiam das que tinha experimentado até então, e reconheceu-as como sendo as primeiras dôres do parto. Na terça-feira essas dôres tornaram-se intoleraveis e ella mandou chamar a parteira.

Esta, depois de ter examinado Maria R..., declarou-lhe que ella tinha dous gemeos e que as crianças se apresentavam ambas pela cabeça; a parteira procurou mesmo repellir uma das duas cabeças afim de permittir que a outra se insinuasse. As dôres continuaram muito violentas até terça-feira á noite.

Neste dia ás 11 horas da noite, a bolsa de aguas rompeu-se. As aguas foram excessivamente abundantes, claras e sem cheiro fétido. Mandou-se então chamar um medico que verificou a presença de um tumor e que exigio um collega para conferencia.

Procuraram repellir o tumor para cima e não o podendo conseguir, aconselharam á Maria R... a recolher-se á Maternidade de Lyon, onde chegou na quinta-feira, 23 de Novembro, ás 11 horas da manhã, depois de uma viagem de seis horas em estrada de ferro; durante esse tempo ella não cessou de soffrer horrivelmente.

Na occasião em que a doente chegou verificaram-se os seguintes symptomas: — o ventre está um pouco mais volumoso do que costuma ser o de uma mulher á termo; no emtanto suas dimensões nada têm de extraordinario.

Pelo apalpar verifica-se, para diante e um pouco para a direita, um tumor que parece produzido pelo féto: as pequenas partes estão para cima e um pouco para a direita, a cabeça vem se collocar acima e para traz do bordo superior do pubis.

Na fossa iliaca esquerda, em baixo, sente-se um tumor duro que parece independente do féto.

Entretanto todos estes detalhes nada têm de preciso, porquanto o exame é muito difficil por causa das dôres que se repetem por intervallos muito aproximados e durante as quaes o utero torna-se muito duro e doloroso, e o exame, impossivel.

Não se percebe movimentos, nem ruidos do coração fetaes.

Pelo tocar vaginal sente-se um tumor duro, arredondado, liso, mais ou menos da grossura de uma cabeça de féto, collocado muito baixo, aquem do estreito superior enchendo quasi a excavação. Esse tumor está situado um pouco para a esquerda e

para traz; para diante e á direita, no espaço que fica livre entre o tumor e o pubis, sente-se o orificio vaginal do collo uterino dilatado transversalmente; seu labio posterior se confunde com o tumor e o labio anterior fórma um *borrelete* nitidamente limitado impellido contra as paredes. O espaço livre entre o tumor e a parede anterior da bacia não apresenta mais do que dois centimetros de diametro no sentido antero-posterior. Todavia, o dedo póde chegar sobre a cabeça do féto.

A criança não dá signal algum de vida desde a vespera.

Não obstante, o Sr. Fochier decide-se a praticar a operação cesareana, unica probabilidade de salvação para a mãe; começou immediatamente a operação na presença do Sr. Laroyenne, cirurgião-mór titular da Caridade. Methodo de Lister, menos o *spray*. A doente sendo anesthesiada pelo ether, o Sr. Fochier praticou sobre a linha mediana umbilico-pubiana uma incisão de 12 centimetros mais ou menos, e um pouco mais aproximado do umbigo do que do pubis.

Chegou assim sobre o utero que elle incisou, emquanto alguns ajudantes mantêm esse orgão sobre a linha mediana. Correu pouco sangue no momento da incisão do utero, achando collocado a placenta sobre a face posterior do orgão. Retirou-se o féto, que já tinha soffrido um começo de maceração; as aguas, pouco abundantes e turvas, exhalavam um cheiro nauseabundo.

Emquanto o operador retirava o féto e a placenta os ajudantes mantinham as paredes abdominaes applicadas sobre o utero afim de impedir a sahida dos intestinos e a entrada do sangue e do liquido amniotico na cavidade peritoneal, onde penetram apezar disso algumas gottas deste liquido. Nessa occasião vê-se apparecer no angulo inferior da ferida dobras peritoneaes vindas do peritoneo do collo, intumescidas por um œdema roseo que lhes dá a semelhança das alsas intestinaes.

O utero é então elevado e retirado para fóra; ao mesmo tempo se o substitue por uma larga esponja.

Emquanto um ajudante sustenta o utero elevado, o Sr. Fochier, depois de ter verificado rapidamente a presença de um tumor fibroso no nivel do collo, para traz, decide fazer a amputação do utero.

Passa um fio na base deste orgão, immediatamente acima do tumor: é um fio metallico de ferro malleavel, de um millimetro de diametro mais ou menos; esse fio é applicado por meio de um serra-nó de Cintrat.

O utero é seccionado a dois centimetros acima da ligadura e um segundo fio é collocado para maior segurança. O pediculo é em seguida atravessado immediatamente acima da ligadura por

duas grandes agulhas collocadas em cruz e destinadas a impedir a entrada do pediculo na cavidade abdominal.

Procede-se então á *toillete* do peritoneo que apresenta algumas difficuldades por causa de um grande fundo-de-sacco situado para traz do tumor, entre este e o sacrum. O Sr. Fochier limpa-o com pequenas esponjas fixadas nas extremidades de longas pinças.

A operação terminou-se pela sutura da parede que se compõe de uma sutura profunda, e encavilhada, aproximando as faces peritoneaes, e de uma sutura superficial. Os retalhos cercam exactamente o pediculo e são elevados de maneira a applicar sobre elle sua face peritoneal. O sulco bastante profundo, produzido pela ligadura, fórma com os retalhos um canal de secção triangular cercando o pediculo. Esse canal tem um papel muito importante: vae servir, com effeito, para o corrimento dos liquidos putridos que vão se formar no nivel da superficie de secção, e para impedir a entrada desses mesmos liquidos na cavidade peritoneal. Farão as vezes de *drainage*, e, com effeito, não se estabeleceu outra.

Curativo de Lister.

23 *de Novembro, á tarde.* — A doente diz que soffre: sente no ventre dores intermittentes e que se assemelham ás dores do parto. Dous centigrammas de morphina em injecção.

24 *de Novembro, pela manhã.* — As dores se acalmaram. Passou bem a noite.

Á tarde. — Durante o dia a doente vomitou bile e fez por vezes esforços de vomito que eram excessivamente dolorosos. Gelo engulido aos pedaços. Injecção de morphina. Temperatura axillar 38°,2.

25 *de Novembro, pela manhã.* — Melhoras esta manhã; passou bem a noite. Curativo; nota-se uma ligeira hemorrhagia no nivel do pediculo. Temp. ax. 37°,8.

Á tarde. — Durante o dia voltaram os vomitos; a doente pede para ingerir oleo de oliveira, o que faz cessar os vomitos. Tympanismo abdominal occupando sobretudo a região epigastrica. Temp. ax. 39°,2.

Meia-noite. — O tympanismo augmentou muito; a tensão do ventre é enorme e a tracção ao nivel dos pontos de sutura é tão forte que a pelle está cortada em seu nivel; parece que elles vão saltar. A doente soffre muita suffocação. Puncção no nivel do colon transverso com o trocart n. 1 do apparelho de Dieulafoy.

Escapa-se uma grande quantidade de gazes não odoriferos e a doente sente-se logo aliviada.

26 *de Novembro pela manhã.* — A partir da puncção a doente passou bem a noite e repousou um pouco. Curativo. Como bebida—vinho branco, champagne. Temp. ax. 38°,4.

Á tarde. — Nada de particular a notar-se. Temp. ax. 39°.

27 *de Novembro pela manhã.* — Noite um pouco agitada; alguns vomitos de liquidos ingeridos. Nesta manhã o estado geral é bom. Curativo. Temp. ax. 38°,6.

Á tarde. — Temp. vag. 39°.

28 *de Novembro pela manhã.* — Noite agitada, insomnia. Curativo. Temp. vag. 38°,2. Até agora a doente só se tem sustentado com o vinho de Champagne. Manda-se-lhe dar caldo americano, caldo de gallinha e ligeiras sôpas de tapioca. Não evacúa desde a operação: clyster purgativo.

Á tarde. — O clyster produzio abundantes evacuações que continuram durante todo o dia e em seguida a ellas a doente sentio-se muito aliviada. Temp. 37°,8.

29 *de Novembro pela manhã.* — Estado satisfactorio. Temp. vag. 37°,8.

Á tarde. — Temp. vag. 38°.

30 *de Novembro pela manhã.* — Noite um pouco agitada. Somno calmo esta manhã. Não se fez curativo. Temp. vag. 39°,8.

Á tarde. — Temp. vag. 38°.

1º *de Dezembro pela manhã.* — Noite boa; esta manhã a doente se acha muito bem quanto ao estado geral.

Pela primeira vez ella come com appetite uma sôpa de tapioca. Entretanto ella se queixa de soffrer um pouco no nivel da ferida, o que não tinha tido logar até agora: sensação de repuchamento aliviado por uma semi-fluxão das côxas. Curativo. Temp. vag. 37°,6.

Á tarde — Depois do meio-dia sobreveio uma trachéo-bronchite que provoca quintas de tosse muito penosas por causa dos abalos excessivamente dolorosos que ellas imprimem á parede abdominal. A doente mostra-se muito fatigada; faz esforços para deixar de tossir; os pomulos apresentam-se vermelhos, a respiração curta. Temp. vag. 38°,6. Poção com diacodio, xarope de Tulú, vesicatorio sobre a região esternal.

Dia 2 de Dezembro pela manhã. — Ligeira melhora. A tosse acalmou-se durante a noite. Curativo. Cheiro nauseabundo; ulceração bastante profunda, em cratéra, no nivel de cada ponto

de sutura. O pediculo começa a esphacelar-se. Na parte inferior encontra-se uma porção um pouco saliente que se excisa; chega-se assim sobre uma superficie sangrenta, sobre a qual se applica pasta de Caquoin. Durante o curativo a doente teve um accesso de tosse. Nesse momento vê-se apparecer no angulo situado entre a extremidade inferior da sutura e o bordo superior do pediculo um pouco de liquido e algumas bolhas de ar: examina-se se ha uma communicação com a cavidade abdominal. Faz-se no pediculo uma injecção intersticial de solução concentrada de acido phenico e termina-se o curativo. Temp. vag. 37°,5.

Á tarde.— Temp. vag. 38°,6.

Dia 3, pela manhã.— A doente vae melhor; os accessos de tosse são menos frequentes e menos dolorosos. Temp. vag. 37°,8.

Á tarde.— Curativo. Nada de notavel; uma das grandes agulhas que mantêm o pediculo torna-se muito movel. Temp. vag. 38°,8.

Dia 4, pela manhã.— Curativo; tira-se todos os pontos de sutura. As suturas não poderam ser tiradas mais cedo por causa do tympanismo que produzia sobre os retalhos uma tensão enorme. As duas agulhas que mantinham o pediculo cahem por si mesmas; este ultimo fórma uma massa filandrosa de côr parda-escura. Uma das ligaduras que apertavam o pediculo em sua base se retira facilmente: fica uma cratéra cujo fundo é formado por esta especie de materia filandrosa assemelhando-se á estopa, resto do pediculo. Tem. vag. 37°,6.

Á tarde.— Temp. vag. 38°,6.

Dia 5, pela manhã.— Curativo. Nada de notavel; eliminação de uma grande porção do que resta de pediculo. Tem. vag. 38,°4.

Á tarde.— Temp. vag. 39°,8.

Dia 6, pela manhã.— Curativo. Tem-se diante dos olhos uma profunda cratéra communicando por uma parte estreitada com uma segunda cavidade sinuosa, que se estende para cima da parede abdominal e na qual o dedo póde penetrar; é forrada pelo peritoneo. Si se faz tossir a doente, vê-se surgir do fundo da ferida um jacto de pús vindo da cavidade posterior. Temp. vag. 38°.

Á tarde.— Temp. vag. 38°,8.

Dia 7, pela manhã.— Curativo, que consiste em encher por duas ou tres vezes a cratéra com agua phenicada que se retira por meio de pequenas esponjas. Temp. vag. 37°,6.

Á tarde. — Temp. vag. 38°,2.

Dia 8, *pela manhã.*— Curativo. A superficie da cratéra apresenta botões carnosos, excepto em um ponto situado para o lado direito e na parte inferior, onde se vê uma porção esphacelada que ainda não se tem destacado: é a porção do pediculo onde se tinha sido obrigado a collocar a pasta de Caquoin. Colloca-se dous *drainages* de caoutchouc para facilitar o corrimento do pús da cavidade posterior. Temp. vag. 37°,8.

Á tarde.— Temp. vag. 38°,2.

Dia 9, *pela manhã.*— A doente se queixa de uma dôr que se assesta na virilha direita e se continúa ao longo da região supero-externa da côxa. Tem um pouco de constipação. Clyster purgativo. Temp. vag. 38°,4.

Á tarde.— Temp. vag. 39°.

Dia 10 *pela manhã.*— Curativo. A cavidade posterior do fundo da cratéra é sempre muito profunda. Constipação. Limonada de citrato de magnesia. Temp. vag. 38°.

Á tarde.— Temp. vag. 38°,8.

Dia 11 *pela manhã.*— Curativo. Temp. vag. 37,°2.

Á tarde.— Temp. vag. 38°,2.

Dia 12 *pela manhã.*— Curativo. Nada de particular. Temp. vag. 38°,4.

Á tarde, 3 ½ *horas.*— Violento calafrio com batimento de dentes e que dura, mais ou menos, um quarto de hora. A temperatura vaginal, tomada depois do calafrio, é de 40°,6.

8 *horas.*— Sensação de calor e de humidade ao nivel do ventre. Examinando o curativo verifica-se que está molhado por um liquido escuro vindo da cavidade posterior da ferida e exhalando um cheiro nauseabundo, fecaloide. Curativo. A doente se acha melhor depois do corrimento desse liquido.

Dia 13, *pela manhã.*— Noite agitada e penosa; dôres no ventre augmentadas por cada movimento. Curativo. Ligeiro odôr fecaloide; lavagem da cratéra com agua phenicada forte. Empastamento muito doloroso na fossa iliaca direita, um pouco acima; não ha fluctuação. Um pouco de empastamento da fossa iliaca esquerda. Temp. vag. 38°,8.

Á tarde. — Agitação, pequenos calafrios, febre. Temp. vag. 39°. Clyster com 60 centigrammas de quinina.

Dia 14, *pela manhã.*— Curativo. Sempre um pouco de empastamento da fossa iliaca direita, mas a dôr á pressão é menor. Temp. vag. 38°.

A tarde.—Curativo. A doente teve um accesso de febre. Temp. vag. 40°. Prescreve-se dous clysteres com 60 centigrammas de quinina. Grande fraqueza; appetite quasi nullo. Poção com 4 grammas de extracto molle de quina.

Dia 15, *pela manhã.*— A doente se acha um pouco melhor; passou bem a noite. Curativo. O pús não tem mais o cheiro fecaloide que apresentava desde o dia 12. Persistencia do empastamento das fossas iliacas. Temp. vag. 38°,5.

Á tarde.— Curativo. Accesso de febre para as 3 horas. Temp. vag. 40°,2.

Dia 16, *pela manhã.*— Curativo. O mesmo estado que na vespera. Temp. vag. 38°,4.

Á tarde.— Curativo. Temp. vag. 39°.

Dias 17 *a* 21.— Faz-se dous curativos por dia. A doente tem sempre um pouco de febre á tarde; a temperatura excede a 38° sem attingir a 39°. Continúa-se um clyster de quinina por dia.

Dia 20 *de Dezembro.*— Dous curativos. Temp. normal.

Dia 21.— Dous curativos. Suppressão do quinino.

Dia 22.— Não se faz mais do que um curativo pela manhã. A partir deste momento a doente vae cada vez melhor: volta-lhe o appetite pouco a pouco. A cratéra central se estreita cada vez mais; introduz-se nella em cada curativo uma compressa de fios boratados embebida em agua phenicada.

Do dia 2 ao dia 5 de Janeiro de 1883 a doente teve uma ligeira indigestão e em seguida a ella sobrevêm fadigas de estomago, desgosto pelos alimentos e alguns vomitos. Purgativo. Elixir de pepsina.

Dia 6 *de Janeiro.*— As fadigas de estomago desapparecem e o appetite volta. A doente vae sempre para melhor; readquire as forças e a ferida faz progressos rapidos; a cratéra central se estreita cada vez mais e a abertura não admitte mais do que um pequeno *drainage* de caoutchouc.

Dia 15.— A doente começa a se levantar. Appetite excellente. As forças voltam rapidamente.

A doente sahe completamente curada; por occasião de sua sahida o tumor diminuio notavelmente de volume, e póde-se avaliar em 3 ou 4 centimetros a distancia que o separa do pubis.

OBSERVAÇÃO IV

(Clinica do Dr. Feijó Filho)

Gertrudes, escrava, 17 annos, primipara, entrou para o Hospital da Misericordia do Rio de Janeiro a 10 de Fevereiro de 1881, ás 6 horas da manhã. Um começo de parto se manifestára desde a meia noite de 9.

O Sr. Dr. Feijó Filho examinou-a pela primeira vez ás 9 horas da manhã do dia 10. Mulher rachitica e de esqueleto muito deformado; estatura um metro e 20 centimetros. A columna vertebral apresenta duas curvas, uma na face anterior da região dorsal, outra na região lombar.

Bacia achatada no sentido antero-lateral esquerdo.

A pelvimetria interna e externa dá os seguintes resultados: distancia das cristas iliacas, 21 centimetros; das espinhas iliacas anteriores e superiores, 19 centimetros; das espinhas iliacas anteriores e inferiores, 17 centimetros.

Diametros: Sacro pubiano, 10 centimetros; obliquo esquerdo do estreito superior e da excavação, 6 centimetros; bischiaticos, 5 centimetros.

Membros pelvianos deformados, curtos; as côxas curvas (femures curvos sobre as faces internas); pernas curvas posteriores, havendo no terço inferior de ambos os tibias uma cinta saliente em angulo, simihando um collo vicioso, que mais concorria para alterar-lhe a fórma.

Infiltração dos membros abdominaes; albumina em grande quantidade nas urinas.

O pulso e a temperatura normaes, trabalho de parto muito lento, integridade completa do bolso das aguas, somno profundo;—tal era o estado da doente, estado que durante o dia e a noite de 10, não alterou-se, continuando o trabalho a fazer-se com lentidão e parecendo por vezes suspender-se.

No dia 11, como até 1 hora da tarde o estado da parturiente não se modificasse em relação ao trabalho, fez-se uma injecção de ergotina Yvon, que foi repetida ás 2 horas; as contracções uterinas, regularizaram-se e tornaram-se então mais energicas.

Ás 3 horas da tarde de 11, sendo completa a dilatação do collo, praticou o Dr. Feijó a operação cezareana (incisão da linha alva) pelo systema de Porro, com ablação do utero e dos ovarios,

sendo extrahido um féto vivo, bem desenvolvido e do sexo masculino. O côto do utero previamente ligado com dous fios de catgut n. 4 foi fixado no angulo inferior da incisão abdominal por pontos de fio metallico e uma longa agulha. Os bordos da incisão abdominal foram reunidos por duas suturas, uma profunda, comprehendendo a folha parietal do peritoneo e outra superficial á camada muscular.

Foi observado o curativo antiseptico de Lister.

Depois da operação a temperatura desceu a 36°,5.

Prescripção: Poção alcoolica opiada. Ás 10 horas da noite a temperatura marcou 39°. Durante a noite de 11 o estado da operada não alterou-se, notando-se entretanto persistir a somnolencia observada antes da operação. Por diversas vezes foram extrahidas as urinas.

Dia 12.—Temperatura 38°,3; pulso 130. Ligeiro tympanismo; não ha porém sensibilidade do ventre nem vomitos. Renova-se o curativo; o estado da ferida abdominal é bom e não ha supuração.

Prescripção: Gelo, agua de Seltz, vinho do Porto, caldos. Este estado manteve-se durante todo o dia e noite sem que se manifestasse phenomeno algum geral ou local que indicasse peritonite. A somnolencia persiste sempre, tende a augmentar, tomando o caracter comatoso.

Dia 13.— Pela manhã a temperatura subio a 40°,3 ; pulso 160; delirio.

Prescripção: Poção com alta dóse de acetato de ammonea; sulfato de quinino. Á tarde temperatura 39°,5 ; pulso 146. Mesmo estado cerebral.

Dia 14.—A doente continúa no mesmo estado, tendo apparecido durante a noite de 13 estremecimentos convulsivos. Temperatura 40° ; pulso 146.

Prescripção: Mesma poção do dia 13 e mais dous largos vesicatorios nas côxas, e um clyster antispasmodico. Durante o dia o delirio persistio ; manifestam-se convulsões geraes francas; ás 11 horas e 45 minutos da manhã a temperatura marcou 42° e o pulso 125.

Ás 12 horas do dia falleceu a operada, sendo reconhecida como causa da morte a intoxicação uremica.

OBSERVACÃO V

(Clinica do Dr. Werneck)

D. L., 38 annos, casada, pluripara, fraca e anemica, soffrendo muito durante a gravidez (nauseas, vomitos, inappetencia, etc., etc.) e tendo grandes hemorrhagias em quasi todos os partos em numero de sete á oito; foi por nós assistida em dous partos; um em 1877 e outro em 1879, apresentando no primeiro inercia uterina e forte hemorrhagia *post-partum* que exigio, além dos meios usuaes, o emprego de injecção intra-uterina de uma solução de perchlorureto de ferro e no segundo evitamos a hemorrhagia por meio de duas injecções hypodermicas de ergotina Yvon, uma logo que a cabeça chegou á vulva e outra logo depois do delivramento que foi feito pelo methodo de Credé, continuando logo depois a massagem uterina por quasi uma hora.

Tudo correu bem e a senhora restabeleceu-se mais rapidamente do que dos outros partos.

Em meiados de 1881 fomos chamados para ver a Sra. L. que acabava de perder em curto prazo de tempo além de um cunhado uma irmã e mãe a quem prestava cuidados com vigilias e fadiga superiores á suas forças.

Achamos a senhora extremamente abatida physica e moralmente, queixando-se de fortes dores no baixo ventre e virilhas e disse-nos mais que estava gravida de quatro mezes.

Attribuimos as dôres ao cansaço e fadiga porque tinha passado e aconselhamos repouso e banhos emollientes prolongados.

No fim de oito dias as cousas continuavam no mesmo estado, a doente nenhum alivio tinha tido, e nessa occasião revelou-nos o marido que, quando havia congresso sexual, seguia-se pequena perda sanguinea.

Procedemos então á minucioso exame, não nos revellando a apalpação nada de anormal. O tocar, porém, mostrou-nos profunda e extensa alteração do collo do utero que estava endurecido, cheio de bossas, sem conservar o menor vestigio da molleza e elasticidade normaes naquellas condições. O orificio do collo tinha fórma irregular, não deixava penetrar o dedo senão á muito pequena distancia, sentindo-se ahi tecido amollecido e que sangrava ao menor contacto.

Em torno do orificio n'um raio de tres centimetros, mais ou menos se observava os caracteres acima; na parte posterior o

fundo-de-sacco começava a comprometter-se apresentando dous nodulos duros.

Extraordinariamente encommodado com o resultado do exame, procurámos o Conselheiro Pertence, antigo medico e amigo da familia e pedimos-lhe que visitasse e examinasse a doente. Tinhamos esperança de que talvez o nosso mestre e amigo não visse as cousas tão negras como nos pareciam, mas infelizmente elle achou, como nós, que se tratava de um caso de degeneração cancerosa do collo e do segmento inferior do utero.

Só depois de ouvir o nosso mestre é que demos ao marido a triste noticia do estado desesperador da doente, mas então lhe demos todos os esclarecimentos sobre o prognostico e convidamos á recorrer ás luzes de muitos praticos competentes desta capital.

Para não assustar a doente e porque depositava toda confiança nos dous medicos que a tinham visto, o marido á ninguem quiz consultar.

O Dr. Arthur Pires, distincto parteiro, que clinica no logar em que a familia do marido e da senhora têm suas fazendas, examinou tambem a doente chegando tambem ao mesmo diagnostico e prognostico já feitos.

Na occasião em que o Dr. Pires a examinou, deu-se forte hemorrhagia que foi sustada rapidamente por meio do tampão.

Infelizmente era indubitavel o diagnostico e delle seguia-se naturalmente o tenebroso prognostico.

Não só com o Conselheiro Pertence e Dr. Pires conferenciamos largamente sobre o caso e sobre os meios á empregar, mas consultamos além destes aos Drs. Feijó Junior, Catta-Preta e S. Magalhães, e fomos todos unanimes no acôrdo de que o unico caminho a seguir era deixar chegar ao termo a prenhez se fosse possivel, alimentando e tonificando a doente, e chegada essa época dar tempo á que o trabalho começasse e então, acompanhando com meticulosa attenção a evolução provavelmente ineficaz deste acto physiologico, intervir para salvar o féto quando ficasse provado que a natureza era impotente para terminar o parto.

Depois de ter communicado o nosso modo de pensar e nosso plano de tratamento ao marido, procedemos sempre de modo a sustentar as forças da doente: alimentação analeptica, leite, ovos e tudo quanto seu estomago fraco podia supportar, sendo administrado com toda regularidade.

Tinha vomitos frequentes que coincidiam com a exacerbação das dores que cresciam de dia para dia. Com o uso do gelo, champagne gelado, e mais um ou outro medicamento conseguimos diminuil-os e alimentar a doente.

Contra as dores empregamos suppositorios vaginaes, narcoticos, clysteres laudanisados e injecções hypodermicas de morphina. Deste modo a doente, apezar de não poder mais levantar-se nos ultimos tres mezes da gravidez, poude chegar á termo.

Chegada essa occasião já a doente não podia passar sem 15 centigrammas diarios de morphina em injecções hypodermicas. No mez de Novembro fomos chamados ás 10 horas da noite. Tinham apparecido as dores de parto e havia corrimento de aguas.

Examinando a doente achamos o collo do utero com os mesmos caracteres descriptos e sem a minima modificação.

As contracções continuaram regularmente toda noite sem o menor resultado. Ruidos cardiacos fetaes claros e distinctos.

De manhã chamamos o Conselheiro Pertence em conferencia e expuzemos ao marido a triste situação em que se achava a doente sem a minima probabilidade de salvar-se e dissemos-lhe que a unica vida que se podia salvar era a do féto.

O marido recusou-se a qualquer intervenção e declarou-nos que preferia que morressem ambos a expôr sua senhora ao risco de uma operação. Houve nova conferencia ao meio-dia com os Drs. Feijó, Catta-Preta e S. de Magalhães, e todos foram de acôrdo que se devia praticar a operação cesarea e resolveram participar de novo ao marido que quiz annuir ao reclamo dos medicos.

Estes expuzeram fielmente ao marido que sua senhora poderia fallecer durante a operação, das consequencias della e se por acaso se salvasse viria a fallecer dous a tres mezes depois victima dos progressos do cancro.

O marido largamente conferenciou com os seus amigos e finalmente resolveram, elle e os medicos, consultar a senhora e dizer-lhe que o parto não poderia effectuar-se normalmente e que era necessaria uma operação para que ella e seu filho podessem ser salvos.

A senhora, sem indagar da natureza da operação, respondeu ueq fizessem o que era necessario.

Fez-se uma injecção hypodermica de morphina e começou-se a chloroformisar a doente na cama, emquanto preparava-se a mesa, pulverisador de Lister a vapor e tudo que era necessario á operação na sala proxima.

Só depois de chloroformisada é que foi transportada para a mesa operatoria que estava na sala proxima e onde se achavam os preparativos e os ajudantes Drs. Feijó, Cunha Pinto, Catta Preta e S. de Magalhães.

Collocado o grande apparelho de Lister em posição conveniente, cobrindo o campo operatorio com espessa nuvem,

praticou-se a incisão mediana do ventre, camada por camada, do umbigo até o monte de Venus, sustando-se a hemorrhagia pelas pinças de Pean.

Chegando ao peritoneo incisou-se em extensão correspondente a incisão externa e apparecendo o utero, este foi cortado na linha média produzindo grande hemorrhagia que foi dominada por meio de pinças cordiformes de Pean.

Procurou-se os membros inferiores do féto e retirou-se uma menina sã e robusta.

Retirado o féto, passou-se a cadeia do esmagador no ponto de união do collo com o corpo do utero, tão baixo quão possivel e fez-se a constricção para evitar hemorrhagia, em seguida, por cima da cadeia do esmagador, atravessou-se o utero com uma agulha de Pean levando um duplo fio de ferro, formando duas alças, que foram apertadas pelo serra-nó de Cintrat, uma para cada lado, depois cortou-se o utero com o bisturi alguns millimetros acima das alças, atravessou-se o pediculo por dous fios de ferro cruzados e reteve-se tudo na parte inferior da ferida do ventre.

Feito o *toilette* do ventre, praticou-se a costura profunda comprehendendo o peritoneo e a superficial á pelle.

Tudo correu bem durante as primeiras 24 horas, a reacção se estabeleceu de um modo salutar, porém os vomitos reappareceram, tornaram-se rebeldes á todo tratamento e determinaram repuchamento do pediculo; o tympanismo se manifestou e a fraqueza e debilidade em que a doente já se achava deram em resultado a morte 46 horas depois da operação.

OBSERVAÇÃO VI

*Operação de Porro, praticada pelo Dr. Genci, no hospital civil d ****

(Observação extrahida da *Gazeta Medica* — Lombardia, 1882.)

Trata-se de uma mulher rachitica, de prenhez á termo e em trabalho desde 36 horas. Os diametros da bacia não vêm mencionados, excepto o diametro sacro-pubiano que é de 0,065.

A operação foi feita com todas as precauções antisepticas, e não apresentou nenhum incidente particular. Os phenomenos consecutivos ao parto foram normaes. No quinto dia a ferida abdominal estava cicatrizada e 60 dias depois da operação a paciente deixava o hospital completamente boa. O menino, que foi retirado, é forte e robusto.

OBSERVAÇÃO VII

Operação de Porro com a modificação de Muller, praticada pelo professor Hergott (de Nancy). Morte

(Extrahida dos *Archives de Tocologie*)

Julia Gralas, de 23 annos de idade, primipara, pequena e muito viciada. O diametro sacro-pubiano mede 0,065.

Entrou para a maternidade a 23 de Setembro de 1880, estando em trabalho desde a vespera. A operação foi marcada para as 11 horas da manhã do dia seguinte. Ella foi praticada pelo professor Hergott com todo o rigor listeriano.

Incisada a parede abdominal, o utero é tirado para fóra (segundo aconselha Müller), e ligado na sua parte inferior com um fio metallico. Em seguida é incisado e extrahe-se um féto vivo. Colloca-se uma agulha sob a ligadura e uma nova ligadura abaixo desta agulha. Aperta-se as alças metallicas e excisa-se o utero; hemorrhagia quasi nulla. Reune-se os labios da ferida abdominal e fixa-se o pediculo no seu angulo inferior. Faz-se o curativo de Lister. Durante a noite seguinte apparecem dores abdominaes e dous dias depois a mulher morreu de peritonite.

OBSERVAÇÃO VIII

Operação de Porro, por Levis — 1881

(Extrahida da *Revue des Sciences Medicales* — Janeiro, 1883)

Trata-se de uma mulher de 22 annos de idade, de bacia chata e rachitica, com um diametro conjugado verdadeiro de 0,065 no interior. *Spray* e precauções antisepticas; applicação do tubo de Esmarch sobre o collo do utero. Todas as ligaduras são feitas com sêda. O féto, ligeiramente asphixiado, volta promptamente a si sob a influencia de excitações cutaneas: pesava 3,010 grammas e media 49 centimetros. Uma hemorrhagia se produzio entre as duas folhas do ligamento largo esquerdo, depois da retirada do tubo compressor, porém foi logo detida com uma ligadura profunda. A operação durou uma hora e meia. Phenomenos *post-partum* normaes: maximo de temperatura na tarde do quarto dia, 39°. O segundo e ultimo curativo foi levantado 14 dias depois da operação. Alguns mezes depois o autor vio a operada em bom estado de saude; o pediculo uterino, perfeitamente movel e sem adherencia, apresentava o tamanho e a fórma de um utero infantil. A menstruação não reappareceu.

OBSERVAÇÃO IX

Operação de Porro, por Fehling

(Extrahida da *Revue des Sciences Medicales*)

Mulher de 30 annos de idade, tendo tido muitos partos e um gemeo. A bacia offerece todos os caracteres da osteomalacia, em grão já avançado; os ramos do pubis formam um bico que permitte apenas a introducção de um dedo; o intervallo entre as duas tuberosidades schiaticas é de 0,035; entre a cavidade cotyloide e o sacro: 0,03. A aproximação das espinhas ileo-pectineas quer

entre si, quer com o sacro, dá ao estreitamento superior a fórma triangular. Os ossos não são flexiveis. A operação foi praticada a 4 de Maio de 1882 pelo Dr. Fehling; as dores tinham apparecido desde a vespera á tarde (12 horas). Antes de praticar a incisão o utero foi extrahido da cavidade abdominal e um forte tubo de *drainage* apertado em volta delle. O féto respira perfeitamente. Uma cadeia de esmagador é collocada no collo: os bordos inferiores do peritoneo são reunidos ao revestimento peritoneal do pediculo por meio de tres fios de sêda n. 1. A superficie do pediculo é cauterisado com o thermo-cauterio, depois pincelada com uma solução de 2 ½ de chlorureto de zinco. Acido salicylico em pó substitue desde os primeiros curativos o chlorureto de zinco. A convalescença não apresentou outro accidente, senão uma hemorrhagia do pediculo no dia da operação; esta foi immediatamente detida augmentando-se a constricção do esmagador. A cadeia foi retirada a 19 de Maio e a doente sahio do hospital a 27 de Junho (sete semanas), com uma fistula cervical no angulo da ferida.

No dia 8 de Outubro o autor vio a operada em bom estado de saude.

OBSERVAÇÃO X

Caso observado em Vienna pelo Dr. Pedro Paulo

Leopoldina Werna, no dia 26 de Agosto de 1881 começou a sentir as primeiras dôres do parto e no dia seguinte entrou para a clinica de partos á cargo do professor C. Braun. É uma mulher rachitica, apresentando deformações da maior parte dos ossos do esqueleto. Os membros inferiores são muito encurvados. A bacia geral e regularmente estreitada, apresentava os seguintes diametros: circumferencia: 0,75; conjugado diagonal: 0,08; conjugado verdadeiro: 0,065; microchordo direito: 0,055; microchordo esquerdo: 0,065. A operação foi praticada pelo professor C. Braun á 1 ½ hora do dia 28. Seguio-se o methodo de Müller, O féto extrahido pesava 3,157 grammas, e media 50 centimetros. A doente succumbio de uma peritonite.

A autopsia mostrou que a causa da morte foi um pedaço de esponja esquecida entre o estomago, duodeno e colon descendente.

OBSERVAÇÃO XI

Caso observado em Vienna pelo Dr. Pedro Paulo

Sra. M., 21 annos, florista, nascida na Silesia, durante a infancia gozou sempre boa saude. Os seus pais morreram tuberculosos. Tem tres irmãs que estão vivas e robustas. Ha tres annos, sem causa apreciavel, faltou-lhe a menstruação, que voltou mais tarde regularmente. A ultima menstruação, que durou oito dias, teve logar a 21 de Junho de 1881, e os primeiros movimentos fétaes foram percebidos em 1º de Outubro do mesmo anno. Desde principios de 1882 tem tido alguns vomitos (após a comida), sem outros incommodos notaveis, a não ser uma aversão para a carne, de sorte que a sua alimentação consiste as mais das vezes em café fraco. Entrou para a clinica do professor Späth em 5 de Março de 1882.

O exame vaginal mostrou que difficilmente podia-se introduzir o dedo indicador entre os ramos do pubis, pelo que a mulher, que se achava no oitavo mez de gravidez, passou para a clinica de partos. Pelo exame superficial verificou-se notavel estreitamento do estreito inferior da bacia. O exame exterior mostrou: estatura: $1^m,45$; extremidades superiores bem conformadas; as inferiores do mesmo tamanho, e as articulações coxo–femuraes com movimentos normaes. Seios pequenos e pobres em substancia. O exame da mulher de pé mostra logo consideravel deformação da bacia. *Pelvimetria externa*. Distancia de uma espinha iliaca á outra: 0,21; de uma crista á outra: 0,26; distancia entre as tuberosidades schiaticas: 0,055, pouco mais ou menos; da ponta do pelvis á symphise: 0,11; circumferencia exterior da bacia: 0,74. *Pelvimetria interna*. Com difficuldade póde o dedo tocar o promontorio, por causa do comprimento e estreiteza da bacia. Conjugado diagonal: 0,115 á 0,12. O dedo mal póde tocar a cabeça fétal. Späth, depois de ter cuidadosamente examinado esta bacia, classificou-a no grupo das de Robert,

comquanto não fosse muito estreitada transversalmente. O parto natural era, portanto, impossivel neste caso. No dia 8 a mulher deitou-se perfeitamente boa e acordou-se toda molhada. O exame mostrou que tinha havido ruptura do bolso das aguas, que o collo estava um pouco dilatado e que a cabeça fétal se achava desviada para o lado.

Á meia noite appareceram contracções fortes, e ás 6 ½ horas da manhã de 9 de Março o professor Späth praticou a operação cesarea pelo methodo de Porro. Chloroformio e cautelas antisepticas sem o *spray*. Fez-se a incisão na linha alva e o peritoneo é incisado com um bisturi abotoado. Emprega-se o processo de Müller, tendo todo cuidado com os intestinos. Colloca-se levemente o esmagador de Billroth, abre-se o utero e extrahe-se pelo pé um féto completamente vivo. Depois aperta-se a ϵɿɔpɛɔ e, á 0,04 desta, faz-se a incisão do utero e ovarios. Hemorrhagia quasi nulla. Na cavidade peritoneal não penetra liquido algum. Abaixo da cadeia o pediculo é atravessado com duas agulhas em fórma de cruz. A ferida abdominal é reunida com sete suturas profundas e superficiaes.

O pediculo é tocado ligeiramente com o apparelho de Paquelin, e pulverisado com iodoformio, assim como toda a ferida.

Applica-se umas pastas de algodão, e faz-se, com uma atadura, uma compressão regular. A paciente é transportada para o seu leito, conservando as côxas em semiflexão.

Vomitos, que são combatidos. Pulso, 54° e pequeno. Temperatura, 37°,3. A paciente toma pedacinhos de gelo e uma sôpa leve. Ás 4 horas da tarde a temperatura era de 37°. Pulso 50; porém cheio e forte. A paciente está socegada. Seis horas da tarde. A enfermeira nota que em um dos pontos do apparelho começa a apparecer sangue. Levanta-se cuidadosamente o apparelho e verifica se que o sangue é fornecido por pequenas arterias e por uma mais volumosa do pediculo. Colloca-se nova ligadura e pulverisa-se o pediculo com partes iguaes de iodoformio e tannino. Injecção hypodermica de morphina. Noite tranquilla.

10 *de Março*. — De manhã, temperatura 36°,7, pulso 52 e cheio; passa perfeitamente a noite. O curativo está perfeitamente limpo. A urina é extrahida, por meio de sonda, de 3 em 3 horas. Pedacinhos de gelo e caldo ao meio dia. Á tarde, temp. 37°,2; pulso 52. Injecção subcutanea de morphina.

11 *de Março*. — Pela manhã, temp. 36°,9; pulso 50. Á noite, temp. 37°; pulso 66. Lingua limpa; a paciente continúa a passar bem, comquanto tenha um pouco de flautulencia. A seu pedido dá-se-lhe café fraco.

12 *de Março.* — Pela manhã, temp. 36°,5 ; pulso 66. A noite, temp. 37°,4 ; pulso 66. Apresenta o abdomen distendido.

13 *de Março.* — Pela manhã, temp. 36°,7 ; pulso 60. Á noite, temp. 36°,5 ; pulso 60. Ainda é preciso extrahir-se diariamente a urina. O abaulamento do ventre é combatido com um clyster que produz evacuações. Renova-se o curativo ; ao redor do pediculo nota-se pequena secreção, espessa e inodora. A paciente come com appetite um pouco de gallinha.

14 *de Março.* — Pela manhã, temp. 36°,7 ; pulso 68. Á noite, temp. 37°,5 ; pulso 68.

15 *de Março.* — Pela manhã, temp. 36°,5 ; pulso 68. Á tarde, temp. 37°,6 ; pulso 72. Abdomen distendido. Renova-se o curativo ; pediculo completamente secco e mumificado.

A ferida abdominal está em bom estado.

16 *de Março.* — Pela manhã, temp. 36° ; pulso 78. Á tarde, temp. 38°,5 ; pulso 84. É receitado um clyster que produz largas evacuações. Da vagina sahe um corrimento de máo cheiro. Injecção vaginal de uma solução phenicada.

17 *de Março.* — Pela manhã, temp. 36°,2 , pulso 76. Á tarde, temp. 37°,5 ; pulso 78. A doente passa bem.

19 *de Março.* — Temperatura e pulsos normaes. As suturas abdominaes profundas são retiradas.

20 *de Março.* — A paciente passa perfeitamente bem. Sem difficuldade se retira a cadeia. Ao redor do côto existe uma pequena suppuração, sem cheiro. Pulverisa-se a ferida com iodoformio puro.

21 *de Março.* — A paciente come e urina bem.

23 *de Março.* — O resto das suturas são retiradas. A ferida abdominal reunio-se por primeira intenção. A ferida do côto granula bem. Curativo diario.

26 *de Março.* — A paciente continúa sempre bem ; não existe mais secreção vaginal.

4 *de Abril.* — Nota-se uma pequena elevação thermometrica, que desapparece após evacuações. Existe no côto uma fistula que suppura. Esta é tocada com um lapis de nitrato de prata e no dia 23 de Abril ella apparece fechada no fundo, o que se verifica com um estylete.

8 *de Maio.* — A doente levanta-se; a fistula do côto está fechada.

13 *de Maio.* — Alta, completamente curada.

A creança pesava 2 kilos e 140 grammas e media $0^m,44$. Na quarta semana morreu de uma arterite umbilical na casa dos Expostos.

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHARMACIA

Das quinas

I

As quinas são fornecidas pelo genero chichona, da familia das rubiaceas.

II

Existem no commercio tres especies de quinas: amarella, vermelha e cinzenta.

III

A quina amarella ou calisaya é a que contém maior quantidade de quinina.

IV

Além da quinina, as quinas encerram os seguintes alcaloides: cinchonina, quinidina e cinchonidina.

V

Estes alcaloides são quasi insoluveis na agua; seus saes, porém são bastante soluveis.

VI

Segundo Weddel, a quinina se encontra no tecido cellular da zona do liber, e a cinchonina na zona herbacea.

VII

Estudos modernos vieram demonstrar que a quina vermelha vem a ser a casca do tronco, a amarella a dos ramos grandes e a cinzenta a dos ramos pequenos.

VIII

A quinina é empregada, commummente, sob a fórma de *sulphato basico.*

IX

A tisana de quina póde ser obtida por qualquer dos processos de dissolução: maceração, infusão e decocção.

X

A solucção, obtida por decocto, é a mais carregada.

XI

Um pouco de acido addicionado ás soluções dos principios da quina dá-lhes maior força medicamentosa.

XII

Os acidos decompõem as combinações de alcaloides insoluveis e formam saes soluveis com a totabilidade dos alcaloides contidos na crosta.

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Da ischemia cirurgica e de sua influencia sobre o resultado das operações cirurgicas

I

Na antiguidade, os cirurgiões não conheciam os graves perigos das hemorrhagias abundantes.

II

A idéa da poupança de sangue, iniciada por Ambrosio Paré e retardada em sua marcha pela theoria de Broussais, só se impoz definitivamente no seculo XIX.

III

Os processos e apparelho imaginados para esse fim são numerosos.

IV

De todos elles, os dous melhores que hoje reinam na sciencia, são: a compressão digital e o apparelho de Esmarch.

V

A compressão digital é um processo antigo, devido á Louis; o apparelho de Esmarch data de 1873.

VI

Quer uma, quer outro, possuem vantagens e desvantagens na pratica.

VII

A primeira requer da parte daquelle que a executa, um conhecimento exacto das relações anatomicas da arteria.

VIII

Verneuil attribue as phlebites e peri-phlebites desenvolvidas nos operados, á compressão, ao mesmo tempo, da arteria e da veia satellite.

IX

O apparelho de Esmarch consta de duas peças: uma tira elastica, borracha e sêda, e um tubo de borracha. Na sua applicação enrola-se a tira sempre das extremidades para o centro.

X

Os effeitos geraes trazidos ao organismo consequentemente á applicação do apparelho de Esmarch são de pouca monta.

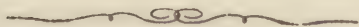
XI

Os effeitos locaes, porém, mais serios, têm sido causas de accusação e — *ipso facto*, de modificações para o apparelho.

XII

Emfim, a ischemia bem feita é sempre favoravel ao doente, porque poupa-lhe o sangue; o seu organismo é menos enfraquecido; a convelescença é menor, e a cicatrisação da ferida é mais rapida.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA, ESPECIALMENTE A BRASILEIRA

Acção physiologica e therapeutica do salicylato de soda

I

A acção physiologica do salicylato de soda tem sido objecto de vivas discussões e de trabalhos importantes. Não se sabe ainda qual é a modificação que experimenta este sál no interior do organismo. Admittem uns que o acido carbonico é capaz de desprender o acido salicylico de seus sáes, outros não admittem esta transformação.

II

Os effeitos geraes do salicylato de soda são inteiramente semelhantes ao do acido correspondente, que se transforma no organismo em um sál alcalino.

III

Em animaes sãos, a entrada do salicylato de soda na circulação, provoca, segundo Köhler, retardamento da respiração em consequencia da diminuição de excitabilidade dos ramos respiratorios do pneumogastrico, lentidão do pulso, abaixamento da pressão sanguinea e da temperatura.

IV

O abaixamento da temperatura em animaes sãos é contestado por muitos experimentadores, entretanto que Köhler notou até uma differença de tres grãos centigrados.

V

No febricitante a acção antithermica do salicylato de soda tem sido posta fóra de duvida por muitos observadores.

VI

Segundo Blanchier o salicylato de soda em pequenas dóses activa as secreções, principalmente a salivar e sudoral.

VII

A eliminação do sal faz-se pela urina, suor e saliva, sobretudo pela primeira.

VIII

Sob a influencia de dóses mui elevadas de salicylato de soda, a depressão sanguinea torna-se muito consideravel, e os animaes succumbem no meio de convulsões, em consequencia da paralysia da respiração.

IX

Os numerosos ensaios therapeuticos do salicylato de soda nos permittem estabelecer com certeza duas series de indicações: 1ª, é um antipyretico notavel; 2ª, é um medicamento por excellencia contra o rheumatismo articular agudo.

X

As vantagens do salicylato de soda sobre outros medicamentos no tratamento do rheumatismo articular agudo, são: desapparecimento rapido da febre, da dôr e da tumefacção das articulações; em uma palavra dos phenomenos essenciaes da polyarthrite aguda.

XI

Elle tem sido aconselhado com muita vantagem na febre amarella e na gotta. Tambem aproveita nas febres intermittentes, diphetheria, diabetes, etc.

XII

O salycilato de soda se administra na dóse de 2 a 12 grammas nas 24 horas em uma solução de gomma ou succo de alcaçuz, que é seu melhor correctivo.

HYPPOCRATIS APHORISMI

I

Potu quam cibo refici proclevius est.

(Sect. 2.ª Aph. XI.)

II

Atenuata longo temporis intervallo corpora, lente reficere oportet, atque brevi, celeriter.

(Sect. 2.ª Aph. V.)

III

Lassitudinis sponte obortœ morbos prœnunciant.

(Sect. 2.ª Aph. IV.)

IV

Somnus, vigilia, ultraque modus excedentia, malum.

(Sect. 2.ª Aph. III.)

V

Ad extremos morbos, extrema remedia, exquesite optima.

(Sect. 1.ª Aph. VI.)

VI

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.

(Sect. 8.ª Aph. II.)

Esta these está conforme os Estatutos.

Rio, 19 de Setembro de 1883.

Dr. Caetano de Almeida.
Dr. Benicio de Abreu.
Dr. Oscar Bulhões.